

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

304

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Edmond DANIEL

Né le 6 septembre 1906, à Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES MODES DU DÉBUT

DE

L'ASTHME

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1933

103

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre-Edmond DANIEL

Né le 6 septembre 1906, à Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES MODES DU DÉBUT

DE

L'ASTHME

Président : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médical-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparées	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLÉRY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	PROUST. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. le Professeur F. BEZANÇON ·

Professeur de Clinique Médicale

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

le Docteur ANDRÉ JACQUELIN

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Le Professeur HARTMANN.

Externat :

1927. — M. le Professeur LENORMANT.

1928. — M. le Professeur GUILLAIN.

1929. — M. le Professeur agrégé BRULÉ.

» — M. le Professeur ACHARD.

1930. — M. le Professeur OMBRÉDANNE.

» — M. le Docteur LESNÉ, Médecin des
Hôpitaux.

1932. — M. le Professeur COUVELAIRE.

La connaissance de l'asthme est très ancienne. Arétée, Galien, Celse, l'observèrent mais ne le séparaient pas de la dyspnée ; plus tard Sydenham, Cullen, Sauvage, Tanhelmont, Floyer, confondaient encore les différentes maladies s'accompagnant de gêne respiratoire et décrivaient de nombreuses variétés d'asthme.

Cependant parmi ces variétés, on distinguait déjà celles qui étaient permanentes, de celles qui étaient périodiques, et quelques observateurs, tels que : Avicenne Willis, avaient entrevu la nature nerveuse de certaines dyspnées, que l'on désignait sous le nom d'asthme convulsif.

Par contre Rostan, Louis, Beau, soutenaient que l'asthme était toujours lié à une lésion matérielle des différents organes.

Laënnec, sous le nom d'asthme essentiel, rétablit l'autonomie de la maladie que les descriptions des cliniciens tels que Trousseau, Guéneau de Mussy, Parrot, Germain Sée, Jaccoud, nous ont fait bien connaître dans ses différentes modalités.

Aujourd'hui ce n'est plus la séméiologie qui a préoc-

cupé les auteurs, ce sont, à la lumière des notions nouvelles telles que l'anaphylaxie, les problèmes touchant à l'étiologie et à la pathogénie de l'asthme qui ont été l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications.

Les questions d'hérédité, de terrain, de germes, de déséquilibre vago-sympathique, de sensibilité asthmatique, sont les habituels problèmes qui se posent aux cliniciens, mais si ces problèmes sont multiples, si l'étiologie et la pathogénie de l'asthme sont loin d'être définitivement élucidés, puisque les facteurs agissant dans sa production sont si variés qu'ils avaient fait croire à la multiplicité de l'asthme, il n'en reste pas moins vrai que le mécanisme de sa production est toujours le même.

Tous les facteurs étiologiques agissent par l'intermédiaire d'un état organique le plus souvent respiratoire lequel une fois entré en action, provoque la formation d'un cercle reflexe à prédominance para-sympathique.

C'est ce qui explique que la majorité des auteurs se soient efforcés d'atteindre ce facteur organique qui reste à la base de ce grand syndrome fonctionnel paroxystique qui constitue la crise d'asthme.

Et selon la doctrine la plus en faveur : névrose (Germain Sée) névrose diathésique (Trousseau), arthritisme (Bouchard), vagotonie (Eppinger), anaphylaxie (Richet), allergie (Walker), colloïdoclasie et idiosyncrasie (Widal), l'asthme à ces derniers temps présente à plusieurs reprises un regain d'actualité.

Les faits les plus marquants de certaines observa-

tions soigneusement choisies ont servi à échafauder des interprétations qui font grandement progresser nos connaissances, mais pour rigoureuses et parfaitement logiques qu'elles soient, n'en demeurent pas moins malvenues, dans la majorité des cas. Des observateurs tels que Moncorgé ont fait ressortir au contraire la difficulté qu'il y a d'assigner à l'asthme des facteurs pathogéniques constants et d'établir un système étiologique invariable. Ces constatations nous ont donné à penser que sans négliger du tout ce qui se rapporte de près ou de loin aux notions classiques, nous pourrions, par l'observation clinique rigoureuse et sans forcer les faits d'aucune manière, chercher à connaître ce qui est vraiment fréquent dans l'asthme et, par contraste, ce qui est rare.

M. le docteur André Jacquelin a bien voulu orienter nos investigations dans ce vaste domaine ; et nous faire plus particulièrement noter ce qui se rapporte *aux débuts et aux conditions de production de la première crise* car n'est-ce pas à la naissance même d'une maladie chronique que l'on a le plus de chances de saisir ce qui est important, et ce qui joue un rôle pathogénique majeur, sinon essentiel ?

C'est ainsi que par l'examen attentif *des différents modes de début* de l'asthme de l'adulte nous avons assisté à la constitution progressive du syndrome paroxystique.

Après une longue phase précritique où l'appareil respiratoire est préparé de longue main ; ici par une rhinite, là par une bronchite, etc., il arrive à ce point de « sensibilité locale » dont la notion si compréhensive

est due au professeur Bezançon. Et c'est alors soudain la crise surprenant le malade sans cause apparente, disproportionnée, inexplicable.

Nous allons passer en revue quelques cas qui illustreront au mieux ces notions ; nous y verrons que si d'une part l'asthme est une maladie constitutionnelle réclamant pour se produire un terrain particulier, elle est aussi pour une grande part une maladie acquise de l'appareil respiratoire.

Puis nous dirons quels ont été les modes de début plus fréquemment observés et nous nous efforcerons d'établir un pourcentage de ces débuts en appuyant nos chiffres sur les observations que nous avons relevées à la consultation de la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine.

Nous nous excuserons ici de la brièveté schématique des observations mais, bien loin d'avoir cherché à être complet pour chaque malade, nous avons tenu à ne faire ressortir que ce qui constituait vraiment le mode de début.

I^{er} groupe

Chez ces malades l'asthme est précédé par toute une série d'atteinte de l'appareil respiratoire dont l'extension se fait dans le sens de la profondeur.

Obs. 1. — Mme Moc., 27 ans.

Asthme datant d'un mois 1/2 et survenant à la suite d'une grippe. La malade a été atteinte de cette grippe il y a deux mois. Céphalée intense, contracture, toux, mais pas de dysp-

née au début. Température : 38° 5 pendant 3 jours. A la suite de cette grippe la malade se sentait très bien, puis sans raison apparente, 15 jours après, présente sa première crise d'asthme.

Antécédents : Rien dans l'enfance. Sinusite maxillaire droite ponctionnée l'an dernier en février. Depuis, coryzas fréquents, rhinorrhée claire puis purulente avec crises d'éternuements.

Ces crises de rhinorrhée se reproduisent trois fois par semaine depuis février dernier.

De plus amygdalectomie en 1931 à la suite d'angine à répétition.

Parentés morbides : Jusqu'à 20 ans fortes migraines avec vomissements au moment des règles. Depuis son mariage ces crises de migraines sont moins marquées mais aussi fréquentes.

Troubles digestifs, intolérance aux œufs et aux abats. Appendicite opérée il y a deux ans.

Antécédents héréditaires : Père asthmatique.

Caractères d'ensemble de cet asthme :

Début nocturne. Bradypnée pendant 2 heures.

La malade tousse et crache assez abondamment pendant toute la crise.

Une autre crise ayant duré 48 heures a succédé à cette première crise 5 semaines après.

Obs. 2. — Mme Ver., 39 ans.

Asthme ayant débuté il y a 4 ans après une longue période de coryzas et de bronchite décelant une sensibilisation progressive de l'appareil respiratoire.

Antécédents : Scarlatine à 20 ans.

Cinq grossesses bien supportées, ayant eu une action frénatrice sur les crises.

Parentés morbides : Coryzas très fréquents depuis l'enfance, rhinorrhée suivie d'écoulement purulent, gêne de la respira-

tion nasale, bronchites nombreuses à la suite de coryzas répétés.

Migraines fréquentes.

Ni urticaire, ni eczéma.

Caractère d'ensemble et évolution :

Début, sans raison apparente, il y a 4 ans, en novembre, crise de bradypnée durant 1 heure, nocturne, suivie de crachats pelotonnés peu abondants.

Évol. — Les crises se répètent plusieurs fois par jour jusqu'en janvier ; la malade va se soigner à Nantes où elle ressent une amélioration nette. A partir de ce moment jusqu'en août 1931, la malade qui a eu deux grossesses n'a pas présenté de crise. En août 1931, crise très marquée au point que 4 à 5 piqûres d'évâtmine par jour sont nécessaires et à ce moment la malade fait une poussée de bronchite avec température aux environs de 38°. Après une nouvelle accalmie en janvier 1932, les crises reprennent moins intenses mais elles s'intriquent de poussées bronchitiques avec température à 38° 39° pendant 2 jours, toux et expectoration abondante.

Obs. 3. — Mme Mus..., 39 ans.

Début il y a 5 ans. Brusquement, dans une parfumerie où la malade travaillait.

Antécédents : La malade présente dans ses antécédents toute une série d'atteintes de l'appareil respiratoire qui expliquent la ténacité particulière de son asthme :

Rougeole, coqueluche, bronchite à répétition et surtout végétations adénoïdes opérées entre 18 et 20 ans. Enfin la malade qui habitait Calais pendant la guerre a été gazée.

Parentés morbides, poussées d'urticaire de type simple et géant.

OEdème de Quincke, pas d'eczéma ni de migraine.

A l'examen, malade très amaigrie ayant restreint son

alimentation qui paraît avoir une influence défavorable sur les crises.

Poumon : ronchus disséminé, tirage susternal et susclaviculaire ; indice respiratoire : 2 cm.

Examen du nez : narine gauche ; très volumineux cornet moyen recouvert d'une muqueuse à l'aspect charnu occupant tout le cornet moyen.

Caractères de cet asthme : Asthme sévère avec dyspnée d'efforts prédominante.

Depuis lors elle a des crises toutes les semaines, de plus en plus fortes ; crises typiques accompagnées de poussées de bronchites apyrétiques et, dans l'intervalle des crises, la malade reste dyspnéique et c'est la persistance de cette dyspnée d'effort qui est la grande caractéristique de son cas.

Obs. 4 — M. Gat..., 60 ans.

Asthme vrai. Eléments de rigidité thoracique. Indices respiratoire : 1 cm. 1/2.

Début il y a 4 ou 5 ans à la suite de nombreuses bronchites devenues chroniques.

Obs. 5. — Mme Georges Mar..., 21 ans.

Asthme apparu à la puberté.

Début à l'âge de 15 ans, la malade dans l'enfance avait eu fréquemment l'hiver des *rhumes* : *coryza* avec *rhinorrhée* claire puis *trachéo-bronchite descendante* s'accompagnant d'expectoration abondante. L'été, elle présentait également du *coryza* muqueux avec larmolement, mais pas de *bronchite* et jamais d'oppression avant l'âge de 15 ans. Réglée à l'âge de 13 ans ; les règles sont un peu douloureuses et rythment l'apparition des crises qui surviennent surtout dans la période prémenstruelle.

Obs. 6. — Mme Gren..., 22 ans.

Asthme à début nasal périodique puis apériodique ; progression à la muqueuse trachéale.

Antécédents : rhumes à débuts brusques avec rhinorrhée très abondante ; puis *trachéo-bronchite descendante*, avec toujours très peu d'expectorations.

Ses rhinites ont parfois pris le type de coryza spasmodique avec larmolements, migraines et nausées.

Parentés morbides. Dyspepsie (pour les graisses, les œufs et le poisson, eczéma d'eau).

Examen du nez : narines étroites et chroniquement infectées, gros cornet altéré. Pharyngite hypertrophique très intense.

Caractère d'ensemble et début : la malade vient parce que depuis trois mois elle présente une toux quinteuse, coqueluchoïde ayant débuté après une *rhino-trachéo-bronchite*. Depuis 3 mois également sont apparus des crises d'étouffements.

La première, la nuit, vers minuit, crise sèche sans expectoration durant un jour, calmée partiellement par l'évamine ; depuis, persistance de la toux et des étouffements.

Obs. 7. — M. Guil..., 34 ans.

Asthme chez un gazé bronchitique avec coryza spasmodique. Influence provocatrice des refroidissements.

Début en mai 1925 ; la première attaque ayant duré 3 semaines, répétée pendant les années 1925-1926, par attaques de 4 à 5 jours ; le malade accuse la vie sédentaire qu'il a menée, d'être à l'origine de ses crises. Il s'agissait alors de vraies crises nocturnes annoncées par un point de côté thoracique, un picotement oculaire avec dyspnée durant une heure ou deux, terminée par l'émission de crachats perlés.

Mais rapidement cet asthme s'est déformé ; les crises se sont rapprochées mais sont moins nettes ; elles sont provoquées avant tout par le froid ; le changement de climat a une grosse influence, la mer lui est néfaste, pas d'influence alimentaire, pas de troubles digestifs, pas de parentés morbides, mais il existe des équivalents respiratoires importants.

Coryza spasmodique avec éternuements, parfois aussi *bronchite spasmodique*

Antécédents : un grand-père asthmatique, un frère hépatique, une sœur asthmatique. Marié à une femme tuberculeuse (pneumothorax).

Antécédents personnels : a été *gazé* pendant la guerre (ypérite).

Après la guerre, en 1919, on apprend qu'il a fait une bronchite grave avec déjà tendance dyspnéisante assez marquée, sensation d'oppression dans la convalescence, mais ces premières atteintes se dissipèrent et de 1919 à 1925 (jusqu'à sa première crise), aucun élément dyspnéique ne vint troubler la vie du malade.

Obs. 8. — M. Lad..., 49 ans.

Asthme avec rhinorrhée.

Vient consulter pour dyspnée paroxystique survenant par crises.

Le début de ses crises se fait à 46 ans, en Auvergne au mois de septembre ; le malade présentait à ce moment un coryza qui s'est étendu progressivement à la trachée et aux bronches.

Depuis cette première crise, la dyspnée se répète chaque mois pendant 2 ans et depuis un an s'est installé un état de mal constitué par des sibilances, un bruit musical, de la toux et par des crises de dyspnée proprement dite, mais sans dyspnée d'effort.

Les crises semblent être provoquées par le refroidissement (le refroidissement des pieds).

Le début de la crise se fait souvent par du coryza (rhinorrhée très abondante, aqueuse).

Parentés morbides : Eczéma il y a 15 ans ; sciatique il y a 3 ans, très douloureuse, durant 5 mois.

Poussée d'arthrite avec craquements des articulations des genoux.

Equivalents des crises : Depuis l'âge de 25 ans, le malade présente des rhumes de cerveau, accompagnés d'un grand malaise avec asthénie, et calmés par des purgations.

Obs. 9. — M. Vin..., 25 ans.

Asthme ayant débuté il y a un an, intriqué de bronchite et d'urticaire.

La première crise en mai se produisit sans aucun phénomène annonciateur.

Crise typique mais crise absolument sèche ; on note que du 1^{er} au 13 mars précédant l'installation des crises, le malade a fait une *bronchite* aiguë et depuis ce moment, le matin au réveil, il présente une quinte de toux avec nausées et crachats jaunâtres qui le soulagent, tandis que la crise reste absolument sèche.

Equivalents : Coryzas assez fréquents.

Parentés morbides : *Urticaire* provoqué par crustacés ; crises de céphalée frontale sans vomissement.

Antécédents : père asthmatique. Rien de particulier à l'examen (prognatisme du maxillaire inférieur).

Obs. 10. — Mme Rou..., 70 ans.

Asthme, intriqué de bronchite.

La malade vient consulter pour de la bronchite et pour un chatouillement laryngé qui l'oblige à tousser ; c'est surtout de ce symptôme dont elle souffre depuis 8 jours surtout la nuit et qui entraîne de l'insomnie.

Début : progressivement il y a une quinzaine d'années à la suite de *bronchites hivernales* à l'occasion desquelles la malade présente des crises d'étouffement ; entre les bronchites, pas de crises.

Antécédents : à 22 ans, conjonctive granuleuse qui persiste 14 mois ; à 28 ans, affection du genou (?).

Il y a 4 ans, extraction d'un polype nasal qui calme l'op-

pression. Enfin la malade présente de l'eczéma du conduit auditif depuis longtemps.

Examen : on remarque une déformation de la partie supérieure du thorax, le sternum bombe en avant ; cette déformation s'est progressivement accentuée depuis 10 ans. Actuellement, état stationnaire.

Obs 11. — Mme Lam..., 32 ans.

Asthme. Rhino-trachéo-bronchite spasmodique.

Début : *Bronchites fréquentes* depuis 4 ans.

La première en 1928 à la suite d'un refroidissement, température à 39° — toux et expectorations ; pas de dyspnée — durée 3 semaines.

La seconde, l'hiver suivant, toujours à la suite d'un refroidissement. Début par *coryza* qui dure 8 jours environ, puis *trachéite* puis *bronchite*, durée 15 jours.

La troisième en octobre 1931, débutant toujours par un *coryza*. Nouvelle bronchite durant 6 semaines pour laquelle on pratique une radiographie montrant des hiles chargés et de la sclérose des bases. Enfin il y a un mois, pour la première fois, crise de dyspnée asthmatiforme avec *coryza*, toux, expectorations, pas d'amaigrissement.

Parentés : céphalée migrainoïde.

Obs. 12. — Mme Vas..., 22 ans.

Asthme récent (crises nocturnes survenant à 2 heures du matin. Bradypnée intense, durée 2 bonnes heures, suivie d'expectorations).

Ces crises se sont répétées 4 ou 5 nuits et dans l'intervalle, la malade présente, le jour, de la dyspnée d'effort et une expectoration épaisse et abondante.

Le *début* s'est fait par du *coryza* spasmodique remontant à 4 mois, aujourd'hui disparu.

Antécédents : *bronchites fréquentes* jusqu'à 12 ans. Abcès froid à 12 ans. A 18 ans grossesse, (une fille bien portante).

A l'occasion de cette grossesse, amaigrissement de 17 kg. Poumon voilé, séjour à la campagne, d'où la malade revint rétablie.

Pas de parentés morbides en dehors du coryza.

Retard fréquent des règles.

Obs. 13. — M. Lhie..., 48 ans.

Asthme avec dyspnée continue.

Début il y a 5 ans. Crises de dyspnée à l'effort ne prenant pas nettement le caractère paroxystique de l'asthme. Crise néanmoins calmée par l'éphédrine. Chez ce malade on note dans les antécédents une *intoxication par les gaz de combat*, à deux reprises différentes.

Il existe en outre chez lui une rhinite spasmodique très nette avec hydrorrhée abondante caractéristique.

Obs. 14. — M. Giv... 43 ans.

Crises d'asthme depuis 6 ou 7 ans ayant débuté par des crises de quintes de toux empêchant le sommeil. Actuellement crises de dyspnée nocturnes et à l'effort. Ces crises sont habituellement précédées par une rhinorrhée claire.

Antécédents : bronchites pendant la guerre.

Examen : cœur normal, tension artérielle 17—11. Poumon : râles de bronchite disséminés. Examen du nez : pharyngite. Narine droite très large, gros cornet moyen, narine gauche un peu moins large, infection nette de la muqueuse et perforation de la cloison.

Obs. 15. — M. Merc..., 48 ans.

Asthme et bronchite. Début à la suite d'un refroidissement. Crises d'étouffements suivies de toux et d'expectorations muco-purulentes.

Depuis, crises d'étouffement survenant sans cause apparente.

Obs 16. — Mme Mur..., 43 ans.

Asthme saisonnier avec rhinite spasmodique.

Début il y a trois ans par une rhinorrhée abondante, (le malade mouille 10 mouchoirs) avec salve d'éternuements. L'année suivante, en juin, crise d'asthme typique guérie par l'évatomine.

Chez cette malade on ne note pas d'élément d'infection de l'appareil respiratoire ayant précédé l'installation des crises, il semble qu'on soit en présence d'un asthme des foin.

Obs. 17. — M. Mal..., 44 ans,

Asthme et emphyème depuis l'âge de 18 ans.

Début : une première crise sèche au printemps à la campagne ; pas de crise pendant 3 ans. A la suite d'un *refroidissement*, nouvelle crise Pas de crise pendant toute la guerre.

En hiver 1923, le malade contracte *la grippe* à l'occasion de laquelle surviennent de nouvelles crises.

Depuis 1931, le malade présente des *rhumes très fréquents*, avec lesquels coïncident des crises nocturnes terminées par une expectoration muco-purulente peu abondante.

Equivalents : Coryzas à répétition tous les hivers.

Bronchites depuis l'âge de 8 ans et tous les hivers.

Antécédents : Congestion pulmonaire en 1921. Un oncle asthmatique.

Examen : Poumons ronflants et sibilants. Cœur normal. Tension artérielle 17—12.

Obs. 18. — Ale..., 68 ans. Asthme, obésité avec élément cardiaque.

Début à 25 ans en rapport chronologique avec un catarrhe muco-purulent des voies respiratoires se répétant tous les hivers.

Obs. 19. — All..., 35 ans, Asthme congestif, rhinite spasmodique et urticaire.

Début à 14 ans à la suite d'une *bronchite*.

Obs. 20. — Ar., 54 ans. Nombreuses crises d'asthme, Obèse. Macrosplanchnique, arthritique floride, crises de goutte.

Début à 48 ans (depuis 4 crises par jour en moyenne).

La 1^{re} crise sans raison apparente pendant un voyage dans le wagon entre Marseille et Lyon (Sujet aux bronchites dans son adolescence et à l'âge adulte.

Obs. 21. — Arm... 28 ans. Asthme avec élément respiratoire restreint. Pas de cause déclanchante notable.

Début il y a 2 ans. Bronchite il y a 4 ans, depuis coryza spasmodique.

Obs. 22. — Bes... Madeleine, 30 ans. Asthme avec gros troubles vaso-moteurs. Migraines précédant les crises.

Début il y a 4 ans à la suite d'un refroidissement ayant déterminé une laryngite compliquée de *bronchite*. De plus bronchites fréquentes dans l'enfance. Coryzas toujours très marqués l'hiver.

Obs. 23. — Mlle Caz, 26 ans. Asthme vrai avec élément naso-pharyngien.

Début il y a un an à la suite d'angines à répétitions malgré une amygdalectomie à 13 ans. En 1931, à l'occasion d'un séjour à la mer, présente une angine compliquée de sinusite. Et depuis, sinusite fréquente (claire d'abord, puis écoulement verdâtre).

Obs. 24. — Mme Du..., Jeanne, 39 ans.

Asthme chez une femme présentant des reprises d'insuffisance thyrohypophysaire ayant débuté à la suite d'une bronchite.

Histoire de la maladie : Présente des crises d'asthme humide typiques depuis 7 ans,

Mode de début : Deux ans auparavant, au cours d'une grossesse a fait une bronchite sans fièvre, sans dyspnée avec sibilances, toux et expectoration assez abondante.

Cette bronchite se reproduit maintenant chaque année.

La première crise, apparaît brusquement au mois de septembre à l'occasion d'un voyage dans la Somme (la malade est parisienne) et présente une crise chaque fois qu'elle retourne dans ce pays.

Depuis cette époque, a présenté quelques petites phases d'oppression à la suite de la bronchite qui revient chaque année et 2 grandes attaques d'asthme toujours en septembre il y a 4 ans et il y a 2 ans. Elle a noté l'influence du brouillard, de la poussière et du vent ; pas d'influence alimentaire. Depuis 2 ans, la bronchite s'est reproduite fréquemment et, avec elle, les crises d'asthme.

Equivalent : Pas d'incident cutané.

Migraines nettes avec vomissements durant plusieurs jours, accompagnés d'éblouissements.

Pas d'antécédents notables.

A 2 enfants délicats adénoïdiens et rachitiques.

Règles irrégulières, d'abondance inégale, réglée à 13 ans.

Examen : Femme petite hyperpilosité, mains froides et pieds froids, abdomen saillant, vergetures (type d'insuffisance thyro-hypophysaire).

Examen du poumon : Auscultation normale et radiographie normale.

Examen du nez : Narines étroites, mais perméables. Saillie anormale mais peu marquée de la cloison dans la narine gauche.

Quelques croûtes d'aspect banal, dans la narine droite ; au total rien n'attire l'attention vers une origine nasale de son asthme.

Métabolisme basal $+ 11 \%$.

R. O. C. : moins 11 (normal).

Expectoration : Flore très abondante ;

Strepto-viridan très abondant ;

Pfeiffer abondant ;

Flavus plus rares ;

Sicus rare ;
Staphylo très rare.

Obs. 25. — Mlle Em..., 50 ans.

Interrogatoire : Pleurite il y a 5 ans.

Congestion pulmonaire il y a 2 ans.

Goître, basedowifié, tachycardie améliorée par des irradiations du corps thyroïde.

Ménopause consécutive il y a 3 ans.

Depuis lors nervosisme, bouffées de chaleur, transpirations.

Apparition d'asthme il y a trois ans.

Eosinophilie sanguine et dans l'expectoration.

Cet asthme a été précédé de rhino-pharyngite et trachéo-bronchite fréquentes (pas de B. K. dans les crachats).

Actuellement : Crises d'asthme répétées, souvent déterminées par l'effort.

Associations morbides : A fait 3 saisons à Châtel-Guyon pour entérite (appendicite chronique ?) Importance des phénomènes douloureux (douleurs articulaires et vertébrales). Coryza.

Examen : Eréthisme cardiaque.

(Electro-cardiogramme ayant montré une petite amplitude de R. dans toutes les dérivations).

Pas d'œdème malléolaire, pas de râles congestifs des bases.

Tension artérielle 13-9.

La radiographie a révélé un espace pré-vertébral grisâtre (cellulite médiastinale).

Image cardio-aortique allongée, dimensions aortiques normales.

Effacement du sinus cardio-phrénique gauche.

Poumons : Sclérose pulmonaire intense, ombres vasculaires très marquées au niveau des hiles, grisaille pulmonaire surtout intense aux bases, sur la radiographie en expiration.

Obs. 26. — Monsieur Au..., 23 ans.

Asthme avec grosse participation nasale, pas d'éléments anaphylactiques décelables. Crises été comme hiver.

Histoire de la maladie : Vient consulter pour des crises d'étouffements survenant la nuit et les jours de repos (le dimanche). La première crise est survenue, il y a 2 ans au mois d'octobre, le malade présentait un coryza intense et qui n'a pas cessé depuis.

Ce coryza s'est compliqué de bronchite, avec grosses expectorations, sur ce fond continu, s'est greffée, la crise paroxystique (caractères : dyspnée avec polypnée aboutissant à l'expectoration de crachats très épais pelotonnés et blancs (vermicelle).

Fréquence depuis 1 an au moins une crise par nuit.

Equivalents : Coryza, éternuements le matin surtout.

Parentés morbides : Antécédents personnels : néant. Antécédents familiaux : père asthmatique.

Examen : Aspect chétif et juvénile, taille 1 m. 54.

Dents irrégulières, pyorrhée.

Examen du nez : Narine gauche : étroite dans la moitié supérieure. Déviation haute au contact du cornet moyen.

Narine droite : étroite par grosse déviation basse.

Grosses amygdales irrégulières, léger degré d'infection.

Prélèvement du rhyno-pharynx (Duchon).

Deux diplocoques.

15 M. catarrhalis ;

4 entérocoques ;

Assez nombreux Pleiffer ;

Assez nombreux strepto-viridans.

Obs. 27. — M. Bor..., 74 ans.

Asthme véritable, quoique très tardif.

Histoire de la maladie : Malade de 74 ans, venant consulter parce que depuis 1 mois, à peu près, il ressent le matin, vers 4 heures, une gêne pour respirer par le nez qui s'accompa-

gne d'écoulements nasaux muqueux assez abondants ; durée 2 heures, parfois se produit en même temps un catarrhe oculaire.

Le tout est précédé de quelques prodromes : chatouillement laryngé et auriculaire.

Depuis un mois ces phénomènes se reproduisent environ tous les 2 ou 3 jours ; et tendent actuellement à devenir plus fréquents.

Mais en outre, depuis quelques jours ont appàru des crises de dyspnée nocturne à type de bradypnée s'accompagnant d'expectoration blanchâtre, collante, mousseuse, qui calme la crise.

Dans la journée, toux et expectoration légère, sans gêne respiratoire notable.

Antécédents : Vers l'âge de 20 ans ; migraines fréquentes et encore actuellement petits accès, à caractère migraineux, avec manifestations oculaires, pas d'urticaire, pas d'eczéma, douleurs articulaires fréquentes. Gingivite expulsive à 45 ans. Chute des cheveux à la même époque.

Depuis l'âge de 50 ans, assez souvent au moment des premières chaleurs, il présentait des phénomènes de congestion nasale.

Il semble d'autre part qu'il existe une alternance des troubles respiratoires bronchiques et des troubles pituitaires.

Examen : Thorax rachitique. Sclérose pulmonaire à la radio.

Sang : Urée 0,45 ;

Acide urique 0,032 ;

Cholestérine 2,50.

Formule leucocytaire :

Poly neutro	63,3 %
Eosino	4 %
Lympho moyens	6 %
Mono moyens	22,3 %
Grands monos	4,6 %

Obs. 28. — M. Br... Emile, 58 ans.

Interrogatoire : Depuis l'âge de 30 ans, était sujet à du catarrhe nasal avec granulations pharyngées et à des coryzas fréquents, mais l'inflammation restait localisée aux voies respiratoires supérieures et s'atténuait en quelques jours. A la suite d'un refroidissement le rhume est descendu ; un médecin consulté a parlé de bronchite et quelques jours plus tard, la gêne respiratoire est apparue sous forme de crises nocturnes. Ces crises remontent actuellement à une dizaine d'années : elles sont typiques, plus fréquentes l'hiver, où l'action provocatrice du froid en particulier du froid aux pieds est notable.

Association morbide. Rhumes de cerveau très fréquents, rhino trachéo-bronchite depuis l'enfance, toux coqueluchoïde durant plusieurs mois, gros troubles naso-laryngo-otitiques (bourdonnements d'oreilles, otosclérose).

Parenté morbide, gourme dans l'enfance, céphalée persistante ; troubles digestifs, soigné pour l'estomac depuis 30 ans (entérite pendant la guerre).

Antécédents héréditaires : Mère internée, père fugue d'épilepsie, frère chorée.

Examen : Type cérébral (artiste peintre) thorax peu emphysémateux, bien plutôt rachitique (coup de hache de Marfan). Auscultation silencieuse.

Radio, aucune lésion bacillaire, diaphragme irrégulier, ossification des cartilages.

Expectoration : Nombreux poly. ; flore, assez pauvre, cocco-bacille G — très rares chaînettes G. +.

Au total, asthme tardif dû à une sensibilisation progressive de l'appareil respiratoire, par des rhino-pharyngites récidivantes chez un sujet nerveux à grosse hérédité névropathique.

Obs. 29. — M. Co..., 40 ans, tourneur.

Interrogatoire : Vient pour crises d'asthme. Il y a un an, février 29, a fait une *bronchite* qui a duré environ 3 semaines. Environ 1 mois après 1^{er} crise d'asthme.

Caractères de la crise : Début nocturne.

Gêne respiratoire considérable avec bradypnée à prédominance inspiratoire ; à la fin de la crise toux quinteuse ramenant 5 ou 6 crachats blanchâtres et mousseux.

Durée de la crise 5 ou 6 heures.

Chaque crise était au moins au début accompagnée d'envies impérieuses d'uriner et d'aller à la selle (diarrhée).

Répétitions des crises : Toutes les nuits depuis la 1^{re} crise toujours avec les mêmes caractères. En dehors des crises aucune gêne respiratoire.

Causes provocatrices : Le malade n'a remarqué aucune cause provocatrice de ses crises, ni digestives, ni respiratoires.

Pas d'influence hygrométrique, pas d'influence de la chaleur ni du froid, les crises surviennent l'été avec la même fréquence que l'hiver. L'hiver dernier le malade a eu la grippe, fébrile (38,5) durant un mois et demi. Pendant ce temps aucune crise d'asthme.

De nouveau en janvier 31 grippe avec 39 degrés durant 5 jours. L'asthme a cessé pendant 2 mois.

Equivalents :

Hydrorrhée nasale extrêmement marquée avec *salve d'éternuements* survenant tous les matins ; cependant depuis un traitement O. R. L. atténuation de ces phénomènes et ce n'est plus qu'au cours des crises que survient un abondant catarrhe oculo-nasal.

Trachéo-bronchite : peu marquée.

Parentés morbides : pas d'urticaire, pas de migraine, *eczéma* au niveau des jambes depuis 6 à 8 mois.

Fréquemment prurit au niveau de la face.

Autres maladies : Pas de maladie dans l'enfance, croissance régulière mais depuis l'enfance il était très sujet aux rhumes avec crises d'éternuements et rhinorrhée abondante. Pas de manifestations lymphoïdes.

Antécédents héréditaires : Père âgé de 68 ans, gouteux, pas d'asthme.

Mère décédée à 38 ans d'une affection cardiaque.

A la naissance, père 26 ans, mère 19 ans.

Une sœur bien portante.

Marié, une fille bien portante.

Obs. 30. — Mme Bai..., 46 ans.

Interrogatoire : Vient pour dyspnée d'effort et paroxystique nocturne, début à l'âge de 45 ans, au moment d'une course rapide (course après tramway) la dyspnée est apparue et dura environ une demi-heure, en même temps, la respiration était bruyante et sifflante ; pas d'expectoration. 2^e crise, à la suite d'un rhume, la malade présente une dyspnée très sévère, avec respiration sifflante jour et nuit, durant 48 heures.

Mode de début : Cet accès est survenu après un refroidissement (lessive et pieds mouillés).

Dans la nuit suivante : Coryza spasmodique avec rhinorrhée, le lendemain arrêt de la rhinorrhée sans transformation purulente, et c'est le soir même que débuta la dyspnée.

Caractères : Sensation de blocage diaphragmatique avec sifflements bronchiques. Vers la fin de la crise, toux et crachats blancs, devenant jaunâtre à la fin.

Répétition : Presque chaque soir et aussi au moindre effort. Actuellement la malade ne peut plus marcher vite.

Causes provocatrices : Aucune influence alimentaire remarquable, elle insiste sur l'influence de l'effort.

Équivalents : A eu de nombreuses rhinites avec pharyngite, mais pas de coryza spasmodique véritable.

Il y a 2 ans, a eu des accès de toux coqueluchoïde et actuellement encore il existe une note coqueluchoïde.

Parentés morbides : Pas d'urticaire, pas d'eczéma, très peu de céphalée ; *constipation* et sous l'influence de laxatifs : entérocélite muco-membraneuse.

Rhumatisme chronique surtout fait de craquements articulaires au niveau des genoux. Mais pas de goutte, pas non plus d'éléments hépatiques ni lithiasique notables.

Nervosité et émotivité très grandes ; très colérique.

Antécédents : Antécédents éloignés, eczéma impétigineux pendant toute l'enfance jusqu'à 10 ans, de même que ses frères et sœur.

Réglée seulement à 16 ans, règles régulières mais pauvres. Une grossesse très troublée (nausée, vomissements). Enfant malade jusqu'à 6 ans. Vomisseur anorexique, maigre adénoïdien (végétations enlevées). En 1927 pour fibrome, la malade subit une ménopause artificielle par castration radiothérapique.

Examen : Taille 1 m. 56. Poids 87 kg. Morphologie hypothyroïdienne, peau très épaisse, pillosité, axillaire absente, télangiectasie des seins, acrocyanose surtout des coudes, ecchymose facile. Genu valgum.

L'examen clinique et radiologique du poumon révèle de la sclérose pulmonaire, avec congestion des bases. Cœur normal, tension artérielle 12-8.

Malade très améliorée, par le traitement thyro-ovarien et iodé.

Obs. 31. — Mme Der..., 46 ans, ménagère.

Interrogatoire : Vient consulter pour asthme, *le début* remonte à l'âge de 32 ans, la première crise a débuté très brutalement surprenant la malade en pleine santé ; cependant depuis 5 ou 6 mois elle présentait un peu d'anxiété ; dor-

maît difficilement la nuit ; mais sans qu'aucun phénomène respiratoire attirât son attention.

Pendant environ 4 ans, les crises se sont reproduites par périodes d'environ 6 semaines, aux cours desquelles, chaque jour survenaient une ou deux crises. Entre ces attaques d'asthme s'intercalait une période d'une durée à peu près égale ; au cours de laquelle la malade ne ressentait absolument rien.

Les crises, sont caractéristiques, sans que la malade puisse préciser s'il s'agit de polypnée ou de bradypnée.

Durée de la crise une à deux heures, à la fin de la crise, rejet de 2 ou 3 crachats épais et blanchâtres.

Depuis une dizaine d'années, les intervalles de rémission ont progressivement diminués, les crises sont devenues moins franches ; mais dans leur intervalle, persiste une dyspnée plus ou moins accentuée, surtout marquée à l'effort.

Cause provocatrice : Influence très défavorable du froid, pas d'influence alimentaire, ni des odeurs, ni des régions.

Equivalent : Rhinite spasmodique très marquée. D'une façon irrégulière surviennent des crises d'éternuements avec rhinorrhée abondante qui soulagent la malade : pas de trachéo-bronchite.

Parentés morbides : *Urticair*e apparue avant l'asthme, mais persistant depuis, sensibilité très marquée à l'aspirine (0,10 : urticaire généralisée.) Jamais d'eczéma, pas de prurit, pas de migraine véritable. Mais au moment des crises, il existe une céphalée frontale aboutissant fréquemment à des salves d'éternuement, avec rhinorrhée qui soulagent à la fois la céphalée et la crise.

Crises d'anxiété et de dépression assez fréquentes.

Un peu d'entérocologie.

Violentes crises de R. A. A. à l'âge de 4 ans.

Antécédents : Un peu avant l'apparition de l'asthme, la malade a présenté des polypes nasaux, pour lesquels elle est soignée depuis une quinzaine d'années.

Pendant 10 ans anosmie complète, l'odorat est revenu depuis 2 ans. Avant l'asthme aucune manifestation pulmonaire.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Examen : Obésité relative, 1 m. 54, 75 kilogr.

Séborrhée intense, cœur normal.

Respiration diminuée, à la radio, pas de sclérose.

Côtes un peu horizontales.

Crachats, quelques éosinophiles. „ „

Sang : Poly.....	82
Eos	3
Baso.....	0
Gr. mono.....	3
Moyen mono.....	10
Lymphos.....	2

Obs. 32. — Mlle Dor..., 32 ans.

Interrogatoire : Présente la première crise d'asthme à 32 ans depuis les crises se sont renouvelées avec les mêmes caractères :

Début par quintes de toux, puis apparition de la dyspnée, avec bradypnée ; gêne autant inspiratoire qu'expiratoire et expectoration dès le début de la crise, abondante, blanchâtre, mousseuse avec petits amas perlés. Durée normale d'une crise 2 à 3 heures ; mais la malade la fait avorter par une piqûre d'évartmine qui a une action immédiate. La crise se termine souvent par un vomissement.

Mode de début : Les crises d'asthme vrai ont été précédées :

1° D'une rhinite spasmodique, qui était apparue à l'âge de 31 ans (août) ;

2° D'une trachéo-bronchite spasmodique avec toux coqueluchoïde, expectorations, ronchus, survenant par crises, mais sans dyspnée à ce moment ; depuis l'apparition de l'asthme rhinite et toux alternent encore avec les crises vraies

Causes provocatrices : Les crises surviennent en toutes saisons et par tous les temps, certains aliments semblent favoriser les crises (les épinards en particulier) de même la fumée du tabac ; mais surtout nette influence endocrinienne ;

Les crises sont aggravées dans la période prémenstruelle et pendant les règles ; la malade est d'ailleurs absolument dérégulée (réglée à 13 ans, mais toutes les 5 semaines),

Enfin influence émotive nette également ; d'autre part, la malade a fait une saison au Mont-Dore et a ressenti une aggravation pendant et après son séjour.

Parentés morbides : Aucun accident cutané.

La malade était autrefois sujette aux migraines presque journalières ; depuis l'apparition de l'asthme, les migraines ont presque totalement disparu.

Antécédents : Otite et mastoïdite dans l'enfance, sœurs migraineuses, un grand-père aurait été asthmatique.

Examen : Aspect de jeunesse anormale, type infantile des mains ; cloison nasale déviée. Poumons : Grosse part de bronchite avec sibilances surtout à gauche ; relativement peu nerveuse, pas de rachitisme.

Examen du nez, crête de cloison à gauche, bonne perméabilité.

Obs. 33. — Mme Fré..., 48 ans, ménagère.

Histoire de la maladie : Il y a 10 ans, a commencé à présenter de la gêne respiratoire accompagnée de toux et d'expectoration. Le début ne s'est pas fait brusquement.

A la suite de la grippe en 1918, la malade a présenté surtout l'hiver des rhumes fréquents sans gêne respiratoire marquée.

La répétition de ces rhumes fait examiner le nez, on trouve des polypes qu'on enlève, la malade continue néanmoins à s'enrhumer fréquemment.

Peu à peu au cours de ces coryzas répétés, la malade com-

mence à présenter de la gêne respiratoire et ressent dans la poitrine des sifflements intenses.

Il y a un an est apparue la seule crise de dyspnée vraiment forte ; cette crise a duré quelques heures, sans caractère net de crises asthmatiques.

Equivalents : Depuis un an assez souvent coryza spasmodique avec rhinorrhée, trachéo-bronchite marquée.

Parentés morbides : Crise d'anxiété et de dépression nerveuse, troubles vaso-moteurs, impressions permanentes de chaleur avec sueurs abondantes, la nuit surtout.

Antécédents : Rien de particulier.

Examen du nez : Fosses nasales droites : Normales.

Fosses nasales gauches : Déviation de la cloison à convexité gauche et volumineux, cornet moyen, non polypoïde.

Cloison et cornet viennent en contact de telle façon que l'étage moyen du nez est imperméable.

Cavum : Normal.

Obs. 34. — Mme So..., 29 ans.

Asthme sec : Ayant débuté, il y a une quinzaine de jours, sans causes apparentes, chez une malade aux antécédents chargés, une grand'mère morte asthmatique à 78 ans, une mère rhumatisante, une tante maternelle asthmatique.

Chez cette malade, l'asthme apparaît après une période de bronchite chronique avec recrudescence tous les hivers. Elle est très sensible au froid et sujette au coryza ; sans présenter d'altération notable de la muqueuse pituitaire.

A l'auscultation, nombreux sibilants et ronflants disséminés dans les 2 poumons.

A la radio : Image thoracique normale.

Examen du sang : 4.660.000 G. R. ; 8400 G. B.

Pourcentage : 58 poly ; 26 mono ; 2 lympho ; 5 f. de transition ; 9 éosino.

Obs. 36. — M. Bon..., 32 ans, chimiste.

Le malade a présenté récemment 3 crises de dyspnée paroxystiques ayant débuté après une série de coryzas mucopurulents et à la suite d'une congestion pulmonaire, survenue il y a six semaines.

Il présente dans ses antécédents héréditaires une mère asthmatique depuis sa 39^e année.

Obs. 37. — Mme Dec...

Asthme nocturne depuis 10 ans.

Début à la suite de rhumes fréquents avec écoulements séreux abondants.

Actuellement ces rhinorrhées précèdent et annoncent une recrudescence des crises.

Obs. 38. — Mme Dage .. Marguerite, 26 ans.

Asthme avec *bronchite diathésique* chez une lymphoïde, macro-splanchnique.

Début : Il y a un an, sans raisons apparentes ; depuis 3 mois, en même temps que les crises à la suite d'une *grippe*, la malade fait une *bronchite* et continue à tousser et à cracher (très améliorée par le rhino et le broncho-vaclydin).

Obs. 39. — Co... Henri, 36 ans.

Asthme avec *sclérose pulmonaire du sommet gauche*.

Antécédents bronchite à l'âge de 5 ans plusieurs bronchites pendant la guerre.

Début : A l'âge de cinq ans.

Obs. 40. — Dak., 25 ans.

Asthme avec *fièvre au moment des crises*. Élément vraisemblable d'*infection bronchique*. Début à 20 ans, le malade contracte une bronchite.

Antécédents : Rhumes à répétition.

Groupe 2

Chez ces malades l'asthme complique une affection déterminée de l'appareil respiratoire jouant le rôle d'une base organique.

Obs. 41. — Mme Dev..., 28 ans.

Asthme typique depuis trois ans à la suite d'un épisode pulmonaire avec fièvre, toux, expectoration dans laquelle on note l'existence de B. K. sans hémoptysies, l'asthme est apparu quatre mois après la poussée pulmonaire.

Actuellement *obscurité du sommet droit*, ombres vasculaires intenses.

Les crises d'asthme ont été très améliorées par les sels d'or à petites doses.

Obs. 42. — Mme Les..., 37 ans.

Vient consulter pour asthme.

Début 1^{re} crise à 18 ans, crise peu intense à cette époque. Depuis 6 ans crise plus forte avec dyspnée d'effort diurne ; la recrudescence des crises a coïncidé avec une grossesse.

Deux facteurs importants :

Un facteur respiratoire : La malade s'enrhume facilement (rhinorrhée claire ou purulente)

Une bronchite à 7 ans.

Une congestion pulmonaire à 27 ans.

Depuis cette époque (10 ans) la malade tousse et crache surtout l'hiver.

L'expectoration est souvent très abondante, épaisse, purulente, parfois striée de sang.

Caractère des crises actuelles : Crises typiques suivies d'une expectoration blanchâtre ou jaunâtre avec des petits amas perlés. En général crises très humides, se répétant 3 ou 4 fois par semaine.

Dans la journée la malade présente une gêne respiratoire à l'effort, variable selon le temps.

Influences : Crises augmentées par le froid, le brouillard, les odeurs, la fumée.

Pas d'influence pollinique.

Pas d'influence digestive notable mais la malade a considérablement restreint son alimentation.

Equivalents : Coryza ne prenant pas nettement le type de coryza spasmodique.

Parentés morbides : Pas d'urticaire.

Pas d'eczéma.

Crise de migraine paroxystique. Douleurs articulaires il y a 4 ans avec phénomènes fluxionnaires des pieds et des genoux, (ne semblent pas pouvoir se rattacher nettement à la maladie de Bouillaud)

Antécédents : Pas d'autres éléments pathologiques ; en particulier n'a jamais été soignée pour le cœur.

Régée à 21 ans.

Antécédents héréditaires : 2 cousins asthmatiques.

Examen : Malade hypotrophique amaigrie déprimée.

Thorax étroit, rigide, décharné.

Auscultation : Respiration rude, râles ronflants disséminés, zone de silence respiratoire à la base droite.

Cœur : On découvre l'existence d'un rétrécissement mitral typique.

Tension artérielle : 12-8.

Radiographie : Ombres vasculaires intenses, sclérose pulmonaire, grisaille surtout marquée à la base droite.

Scissurite du côté droit.

Obs. 43. — Mme S... Justine, 44 ans.

Asthme. Avec gros éléments nerveux, dyspnée permanente, entrecoupée de crises paroxystiques.

Débuts : Depuis 1 an à la suite d'une bronchite à allure aiguë, la malade présente des crises d'étouffements journalières.

En fait, depuis 5 ans, elle présente une légère dyspnée d'effort.

Caractères des crises : Surviennent essentiellement le jour et à l'effort ; aucune dyspnée nocturne ; au moment des crises, cyanose de la face, puis expectoration mousseuse blanchâtre.

Causes déclanchantes : Pas d'influences alimentaires. Pas d'influences des lieux. Le temps humide au contraire favorise les crises ainsi que la chaleur.

Equivalent : Tendence au coryza spasmodique.

Parentés morbides : Pas de rhumatisme, pas d'eczéma, pas d'urticaire.

Crises de migraines paroxystiques.

Crises de coliques hépatiques en rapport avec le dernier accouchement.

Crises de douleurs épigastriques et de temps en temps pesanteur de l'hypocondre droit.

Antécédents : Aucune maladie d'enfance, règles normales, sans influences sur la migraine, ni sur l'asthme ; deux accouchements, une fausse-couche, deux enfants vivants ; adénoïdiens, nerveux, insomniaques, coléreux, mari bacillaire.

Examen général. Facies amaigri, un peu congestionné.

Grosse nervosité : Emotivité, colère, anxiété.

Thorax : Léger degré de dilatation de la cage thoracique, mais surtout tirage sus-sternal très marqué, contraction des muscles respiratoires. Indices respiratoires n'atteignant pas un centimètre. Percussion : Sonorité normale.

Auscultation : Sibillants et ronflants disséminés dans toute la poitrine.

Cœur : s'entend difficilement en raison de la dyspnée, on n'aperçoit rien d'anormal cependant. Tension artérielle 14-10. Nombreuses vergetures, quelques varices (tempérament élastopathique).

Obs. 44 — M. Oba..., 55 ans.

Asthme : Depuis l'âge de 35 ans, ayant débuté à la suite d'une *bronchite*, actuellement intriquée d'emphysème, oppression presque continue.

Obs. 45. — M. Mal. Albert, 42 ans. Industriel.

Asthme à dyspnée continue de type emphysémateux.

Début : Après avoir eu quelques étouffements dans l'enfance sans cause apparente a présenté les premières crises étiquetées asthme à l'âge de 18 ans.

Antécédents : *Bronchite et pleurésie* à 9 ans. Soigné au Mont-Dore. Pas d'influence sur les crises. Opéré à l'âge de 8 ans d'une *déviatiou de la cloison*.

Antécédents héréditaires : Pas d'hérédité asthmatique, mère diabétique.

Obs. 46. — Mme Dej... Louise, 37 ans.

Histoire de la maladie : Etouffements depuis l'âge de 20 ans. Le début s'est fait par des bronchites qui survenaient chaque hiver. Crises typiques surtout nocturnes, débutant presque toujours par un accès de toux et suivies d'expectorations abondantes.

Entre les crises la malade continue de tousser et de cracher, les crises d'étouffements semblent augmenter d'intensité ; il existe une influence nette du changement d'air.

Equivalent : Crises d'éternuements fréquentes. Hydorrhée nasale.

Parenté morbide : Crises de céphalée à la puberté et encore maintenant au moment des règles.

Examen : Goitre, tous les membres de sa famille (en ont un également) la malade est née en Savoie.

Légère exophtalmie et en même temps œdèmes des mains (dysthyroïdie petite).

Frileuse, grasse et ptosique, la malade a présenté par 2

fois des crises de somnolence avec œdème de la face (pas d'albuminurie).

Radiographie: Sclérose pulmonaire, grisaille surtout marquée au sommet droit et à la base gauche.

(5-11-32). *Examen du nez*, léger degré de pharyngite granuleuse.

Cornet moyen gauche, polypoïde (bon à être enlevé). Déviation haute de la cloison du côté droit d'où contact intime avec cornet moyen droit (irritation permanente).

Métabolisme basal normal.

Reflexe. O. C. normal.

Malade revue le 12 janvier 1933, nettement améliorée par l'ablation du polype nasal alors que la malade était un véritable état de mal auparavant.

Expectoration. Flore abondante.

M — Catarrhalis abondants.

D — Flavus III, strepto-viridans, rares.

Obs. 47. — Mlle Cha..., 46 ans, infirmière.

Interrogatoire: La malade entre à l'hôpital, le 17 mars 1928 pour une dyspnée violente, survenant par crises; le début de ses crises à environ 3 semaines, déjà depuis 1928 à la suite d'une *grippe infectieuse*, suivie de *congestion pulmonaire* la malade présentait une légère dyspnée d'effort.

Il y a 3 mois, cette dyspnée persistant longtemps après l'effort, devint presque continue. C'est alors qu'il y a 3 semaines apparurent des crises dyspnéiques très violentes.

Caractères de la crise: Bradypnée expiratoire provoquant des quintes de toux avec expectorations épaisses, jaunâtres, parfois hémoptoïques, durée 10 minutes, répétition: tous les jours, parfois 2 fois par jour. Horaire, le matin au réveil, le soir, mais surtout la nuit réveillant le malade.

L'évalmine ou l'adrémaline calment la crise.

Examen: Tachycardie, 120. Respiration 24. Bruit du cœur bien frappé, pas de symptômes orificiels; poumons: sonorité

normale, inspirations courtes, expirations prolongées et sifflantes ; tension artérielle 15 — 11, foie non augmenté de volume, pas d'œdème des membres.

Cyanose de la face et surtout des mains.

Crachats. Flore peu abondante, quelques diplocoques, gram +

Pas de B. K. Pas de éosinophilie.

Sang. Urée 0,42.

Hémoglobine totale : 80 %.

Globules rouges. 4.560.000.

Globules blancs 14.000.

Poly : neut. 76.

Poly : éos. 2.

Poly : bas. 0.

Grands mono : 4.

Moyens mono. 10.

Lympho : 8.

Antécédents : A 30 ans, douleurs des articulations sacro-iliaques. Ces phénomènes douloureux se reproduisent en 1918.

Un médecin déclara une crise de R. A. A. et la traita, par le salicylate, depuis 1918, où la malade présenta une grippe infectieuse avec congestion pulmonaire ; elle a des bronchites tous les ans.

A. H. — Père mort à 52 ans, congestion pulmonaire, mère morte à 71 ans, cardiopathie.

A. C. — Un frère, mort à 26 ans, cardiopathie ; une sœur morte à 49 ans, cardiopathie.

Tous deux présentaient, depuis leur jeune âge, des crises dyspnéiques.

Obs. 48. — Mme Cha... Lucie, 49 ans.

Interrogatoire : En 1924 au printemps à la suite d'un refroidissement présente des quintes de toux durant plusieurs heures sans expectoration la nuit surtout. Quelques quintes

de toux chaque jour. La malade était alors à Paris. Ces crises se reproduisent durant tout l'été jusqu'en septembre 1924.

En septembre 1924.

On découvre des végétations adénoïdes enlevées ultérieurement. Vers cette même époque : la malade a présenté une crise de cholécystite.

Pendant tout ce temps les quintes de toux persistent.

En octobre 1924 :

Entre dans une clinique pour se faire opérer des végétations.

A partir de cette date :

Crises d'étouffement : A la suite d'un refroidissement.

Début : Picotements dans la gorge, assez fréquemment, fortes quintes de toux puis l'oppression s'installe : dyspnée avec bradypnée.

Influences : Les crises surviennent aussi bien la nuit que le jour, aussi bien l'hiver que l'été, peut-être exacerbées au printemps. Les crises sont beaucoup plus fortes à la campagne beaucoup plus espacées à Paris.

Gros facteur alimentaire, influence des œufs, des graisses, des fritures.

Equivalent : Pas de coryza, bronchites de temps en temps l'hiver depuis 1918, grippe.

Parentés morbides : Pas d'urticaire ni d'eczéma.

Avant l'apparition de l'asthme fortes migraines : durée : une journée avec vomissements.

Depuis l'apparition de l'asthme : Les migraines ont disparu pas de troubles entéro-colitiques.

Règles : Réglée à 14 ans.

Règles douloureuses à la puberté, régulières, peu abondantes, ont cessé il y a 3 mois.

Examen : Novembre 1932 : femme maigre fatiguée, il convient de rechercher la tuberculose.

Poumon : Rudesse respiratoire.

Radio : Grosse épine pulmonaire, hiles chargés, grosse

accentuation de la trame, sommet gauche obscurci à l'orthodiagramme, bon jeu diaphragmatique.

Examen du nez : Un peu d'ozène des deux côtés surtout à droite cornet inférieur droit déjà enlevé.

Examen de l'expectoration : Révèle une flore assez riche : nombreuses colonies de 3 types catarrhalis, strepto. V. Pfeiffer.

Obs. 49. — M. De... Hubert, 49 ans, menuisier.

Histoire de la maladie : Présente des crises d'asthme humide, depuis 17 ans (1915).

Antécédents : Croûtes de lait dans l'enfance et urticaire.

Depuis 1914, plusieurs fois par an, présente du coryza avec rhinorrhée devenant par la suite purulente, surtout l'hiver.

Examen : Thorax large surtout dans les parties supérieures, angle de Charpy très ouvert.

Auscultation : Petits bruits expiratoires bronchiques.

Radio : Sommets arrondis, côtes horizontales un peu de sclérose pulmonaire.

Examen du nez : Narine gauche bonne perméabilité, narine droite très mauvaise perméabilité : Une déviation étendue de la cloison vient très près de la paroi externe et ne laisse à l'air qu'un mince défilé. Pas de lésion de la muqueuse, pas d'infection. Cas limite au point de vue intervention.

Expectoration :

Flore moyennement abondante :

Strepto-viridans : très nombreux ;

M. catarrhalis : assez nombreux ;

Entérocoques : plus rares ;

Pfeiffer : plus rares ;

Staphylo : plus rares.

Obs. 50. — M. Ler..., 56 ans.

Dyspnée asthmatiforme chez un scléro-emphysémateux avec phénomènes congestifs intenses, troubles vaso-moteurs importants; soulagement des crises par hémoptysies.

Insuffisance surrénale (asthénie, pigmentation, hypotension).

Le début s'est fait il y a plus de 4 ans par des crises d'étouffement devenant de plus en plus intenses, auparavant le malade était *bronchitique*; sa première bronchite remonte à 1915. Depuis cette époque, le malade toussait continuellement, été comme hiver; il présentait une *expectoration verdâtre, épaisse, et, il y a 2 ans, hémoptoïque*.

Depuis 2 ans, de temps en temps, tous les trois ou quatre mois environ, il a eu quelques filets de sang dans ses crachats.

Il y a huit jours, il a présenté une hémoptysie assez abondante durant trois jours, accompagnée de fièvre, de sueur nocturne, abondante, et en même temps, une sédation des accidents dyspnéiques.

Obs. 51. — M. Lal..., 21 ans.

Asthme typique: Humide, ayant débuté il y a 5 ou 6 mois. Mais depuis 3 ou 4 ans, le malade présente des *rhumes de cerveau fréquents* caractérisés par un écoulement abondant d'un liquide clair comme de l'eau, apparaissant et disparaissant brusquement. Cette rhinorrhée paroxystique conduit à la découverte d'un *volumineux polype muqueux du méat moyen gauche*.

Obs. 52. — M. Tet..., 20 ans.

Asthme et déviation de la cloison.

Vient pour dyspnée paroxystique nocturne survenue depuis 6 mois avec une gêne respiratoire à l'effort. On note dans ses antécédents :

1° Une *broncho-pneumonie dans l'enfance* ;

2° De l'*eczéma* et de l'*impetigo* et au point de vue respiratoire une déviation de la cloison du nez avec occlusion nasale fréquente et respiration uniquement buccale.

Enfin, il y a un mois, après l'apparition des premières crises, le malade a fait un épisode pulmonaire étiqueté *congestion pulmonaire*.

Depuis lors, les crises nocturnes sont devenues très importantes.

Caractère des crises : Deux ou trois par semaine. Début vers 3 heures du matin, durée variable ; très nombreuses sibilances mais peu de crachats.

Aucune influence alimentaire ou digestive. Quelques crises l'après-midi toujours à la suite d'une course.

Obs. 53. — M. Kau..., 42 ans.

Asthme avec rhinite spasmodique.

Etat colloïdoclasique vraisemblable avec insuffisance hépatique.

Le début s'est fait à la suite de nombreuses rhinites spasmodiques en rapport avec une déviation haute de la cloison du nez.

Parenté morbide : Urticaire.

Obs. 54. — Mme Ren..., 60 ans.

Asthme n'ayant été précédé par aucun phénomène morbide remarqué de la malade.

Crises très courtes, débuts tardifs mais existence d'une *bronchite diathésique muco-purulente*.

Début à 55 ans avec aggravation depuis un an. Crises typiques avec sifflements suivies d'une *expectoration purulente* mais la malade dit n'avoir jamais fait de bronchite ni de maladie.

Pas d'équivalent, pas de parentés morbides.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Influence des lieux : Crises plus marquées à Arcachon et à Paris qu'en Saône-et-Loire. Influence des changements de température du froid et du brouillard (très nette).

Influence des odeurs et du tabac.

Obs. 55. — M. Lav., 24 ans...

Asthme remontant à l'enfance, se produisant le plus souvent à l'occasion d'une émotion chez un sujet très nerveux. Pas d'accidents pulmonaires notables, mais cependant les crises sont très humides, suivies d'*expectorations purulentes extrêmement épaisses*.

Parenté morbide : OEdème de Quincke.

Examen : Lèvres épaisses et entr'ouvertes ; type de l'adénoïdien de l'enfance ; aurait été opéré de *polypes*.

Obs. 56. — Mme Gaes..., 35 ans.

Asthme précédé par une sensation d'obstruction nasale.

Examen du nez : *Très mauvaise perméabilité nasale. Polype du méat moyen droit*. Volumineux cornet moyen gauche altéré. Pharyngite.

Obs. 57. — Mme Al... Louise, 25 ans.

Asthme typique avec facteur nasal et *facteur ovarien* influencé par traitement opothérapique et iodé (dysthyroïdie) importance des troubles vaso-moteurs.

Mode de début : Asthme depuis la 13^e année.

Bronchite à l'âge de quatre ans. Devenue chronique et se répétant tous les ans.

Souvent enrhumée, elle présente l'hiver une rhinorrhée abondante muco-purulente ; cet écoulement diminue au moment des crises.

Parfois moins fréquemment hydrorrhée nasale avec picotements, éternuements.

Caractères particuliers : Influence des règles. Crises plus

fréquentes et plus intenses les jours qui précèdent les règles.

Aussitôt que le sang arrive petit à petit les crises s'espacent (durée des règles deux jours et demi, trois jours).

Pendant une semaine environ pas de crise, puis les crises recommencent et augmentent progressivement jusqu'aux prochaines règles. Quelques jours avant les règles la malade ressent des picotements dans les ovaires. Elle insiste sur l'apparition depuis trois ou quatre mois au moment des crises de troubles vaso-moteurs importants dans le territoire de la circulation encéphalique.

En particulier, douleurs lancinantes avec sensation de battements dans la nuque et l'occiput, et congestion oculaire du côté gauche, gonflement, battement et rougeur de la conjonctive disparaissant à la fin de la crise ; enfin refroidissement des pieds la nuit.

Equivalents : Urticaire important banal et géant.

Migraines.

Examen. — *Nez* : Narine gauche considérablement rétrécie dans sa moitié supérieure par une *déviatiou haute de la cloison* qui entre en contact étroit et étendu avec le cornet moyen. Pas d'altération visible des cornets.

3^e Groupe

Chez ces malades l'asthme survient à la suite d'une perturbation importante des glandes endocrines ou de la cellule hépatique, quand bien même n'existerait pas de facteur respiratoire cliniquement décelable.

Obs. 58. — M. Del..., 25 ans.

Asthme avec *élément hépatique* certain.

Le début s'est fait à 14 ans sans aucun antécédent bronchique ni pulmonaire

A six ans le malade a présenté une *jaunisse* (ictère catarrhal probable).

Actuellement crises typiques avec influence des lieux, crises plus fréquentes et plus intenses à Paris.

Influence digestive (alcool, œuf, abondance des repas).

Pas d'influence saisonnière nette ; pas d'influence pollinique.

Obs. 59. — Mme Cam .., 43 ans.

Interrogatoire : Entre à l'hôpital, le 16 février 1930, pour un accès d'asthme ; le matin elle a été prise vers 9 heures de dyspnée, un médecin appelé prescrit des ventouses scarifiées, mais ne voyant aucune amélioration, elle vient à 20 h. 30 à l'hôpital.

C'est sa première crise. Au mois d'octobre dernier, elle a eu une pneumopathie (broncho-pneumonie et congestion pulmonaire) soignée chez elle. Après 2 mois de maladie, elle reprend son travail au mois de décembre ; depuis ce moment elle n'a rien eu.

L'accès semble donc avoir été brusque mais depuis quelques jours et surtout depuis hier, elle présente un coryza important avec sensation de gonflement et occlusion du nez et c'est en se réveillant le lendemain qu'elle a eu une gêne respiratoire considérable.

Antécédents. — En 1923 : *Ovariectomie totale*.

En 1925 : Première bronchite et pneumonie.

En 1929 : Deuxième bronchite avec congestion pulmonaire et broncho-pneumonie.

Examen. — Poumon, râles sibilants, dans toute l'étendue des champs pulmonaires, prédominant au sommet gauche, quelques râles ronflants. Expiration prolongée et sifflante.

Crachats. Pas de B. K. Pas de éosinophilie.

Flore microbienne, peu abondante, quelques diplocoques, gram +.

Obs. 60. — Mlle Yv... 21 ans.

Asthme avec facteur ovarien important.

Début : Dans l'enfance mais recrudescence à la puberté et prédominance des crises pendant la période prémenstruelle. Pas d'éléments bronchitiques notables.

Améliorée par l'extrait ovarien.

Obs. 61. — Mme Ca..., 39 ans (30 avril 1932).

Interrogatoire. — A l'âge de 17 ans présente sa 1^{re} crise au cours d'une *fluxion de poitrine*. Cette crise coïncide d'autre part, avec une période menstruelle. La malade était à Arles à ce moment, elle quitte Arles pour aller habiter les Alpes.

Elle n'a jamais eu de crise dans les Alpes, et quand elle allait passer 15 jours en juin à Arles, elle y présentait des crises d'éternuements, chaque année.

En juillet 1917. — A Nîmes, au bout de 6 mois de mariage alors qu'elle était enceinte de 5 mois elle présente une nouvelle crise très forte durant une demi-heure, les crises se succèdent jusqu'à la fin de la grossesse (enfant mort-né). Après l'accouchement, la malade présente des crises très fréquentes et, depuis, les crises se répètent sauf au moment de ses séjours dans les Alpes. Elle a fait d'autre part une saison à Allevard et deux au Mont-Dore avec un résultat négatif. Elle vient habiter Paris où elle présente des crises d'asthme subintrantes, véritable état de mal entrecoupé de très fortes crises paroxystiques semblant coïncider avec la digestion.

Actuellement au moment de la crise la malade accuse un fort ballonnement du ventre.

Équivalents. — Crises d'éternuements durant des heures, crises de larmolement, parfois avant les crises sensation de gonflement et occlusion du nez.

Parentés morbides. — Pas d'urticaire, migraines au moment des crises, grande constipation. Ballonnement, éructation.

Règles. — A 12 ans et demi toujours très régulières, très abondantes, grosse fatigue dans la période *pré-menstruelle*, gros troubles digestifs à ce moment avec troubles nerveux, anxiété, crise de larmes.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède nous pouvons dégager les conclusions suivantes :

I. — Nous avons jugé utile pour aider à une compréhension meilleure des mécanismes pathogéniques encore si mystérieux de la maladie asthmatique : d'en préciser les modes de début tels qu'ils ont été relatés dans 150 observations prises systématiquement à cet égard, à la consultation spécialisée de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine.

II. — Nous avons fait tout d'abord état de l'âge, auquel était apparu l'asthme chez ces adultes et parfois chez ces malades d'âge plus avancé qui se présentaient à la consultation. Nous avons noté dans 2 % des cas, un début très précoce (asthme de la première enfance) dans 12 % des cas, un début un peu moins précoce (asthme de la 2^e enfance), dans 18 % des cas, un début coïncidant avec la puberté (asthme de l'adolescence) dans 40 % des cas un début vers la trentième année (asthme de l'adulte) dans 17 % des cas un début à l'âge de la

ménopause chez la femme (asthme tardif) et même un début chez les sujets âgés (asthme des vieillards) (11 % des cas).

Les notions qu'il est possible de tirer de cet âge d'apparition des premières manifestations asthmatiques sont intéressantes.

A. — Elles corroborent les données classiques de la curabilité presque absolue de l'asthme de la première enfance, puisque chez nos adultes asthmatiques, nous n'en trouvons que 2 % ayant débuté dans l'enfance avant l'âge de 2 ans ;

B. — Par contre elles montrent que bien plus souvent qu'on ne l'admet, l'asthme franc a un début tardif, survenant soit à la période des perturbations endocriniennes de la ménopause chez la femme, soit même à un âge plus avancé encore, particulièrement chez l'homme. On ne saurait donc attribuer une valeur exagérée à l'adage classique : « En présence d'une dyspnée paroxystique survenant après la quarantaine, le diagnostic d'asthme vrai peut être éliminé et celui d'asthme cardiaque ou rénal doit s'imposer ».

C. — Elles nous permettent d'affirmer que la grande majorité des cas d'asthme surviennent entre 30 et 40 ans, par conséquent elles donnent à penser que les modifications endocriniennes génitales n'ont que peu d'importance dans la pathogénie du syndrome et que c'est plutôt à des notions d'exagération progressive de la tendance diathésique par diminution de la valeur fonctionnelle des parenchymes, en particulier du foie, qu'il faut attribuer cet âge d'apparition.

Les asthmatiques se rattachent en général à cette diathèse de « vieillissement précoce » dans laquelle les scléroses viscérales s'amorcent nettement plus tôt que chez le sujet normal.

III. — Nous avons pu établir la proportion suivante : dans les manifestations qui accompagnent ou précèdent les premières crises dyspnéiques.

A. — Dans 88 % des cas, l'asthme se signale au début par des phénomènes portant sur les voies respiratoires et dans lesquels il est possible dès l'abord de distinguer 2 catégories essentielles de fait :

1° Le plus souvent on ne note que l'évolution de la *rhino-trachéo-bronchite descendante*, à poussées paroxystiques, développant une sorte d'extension en surface d'un même processus vaso-moteur fluxionnaire et sécrétoire, secondairement seulement spasmodique dont l'élément dyspnéique ne semble être que la conséquence ultime en profondeur et qui ne forme avec lui qu'une seule et même maladie aux étages : nasal, laryngo-trachéal, bronchique et bronchiolique.

Tantôt ces accidents sont surtout paroxystiques tantôt ils se manifestent de façon plus continue.

La rapidité avec laquelle s'effectue leur progression en profondeur est variable selon les cas et les causes de cette variabilité nous échappent encore. C'est tantôt quelques semaines, plus souvent quelques mois et même parfois de nombreuses années qui séparent la première crise dyspnéique des épisodes initiaux.

Il est, quoi qu'il en soit, capital pour le pronostic et le traitement de distinguer dans ces phénomènes de sensibilisation progressive de la muqueuse respiratoire :

A. — *Ceux qui relèvent d'une cause allergique spécifique* (allergènes polliniques dans 15 % de ces observations de rhino-trachéique descendante, allergènes de maisons ou de lieux d'habitations dans 12 % de nos cas).

Et ceux qui ne sont pas d'un type allergique décelable (parce qu'ils se produisent en toutes saisons ou sans rapport avec le lieu d'habitation ou la contrée à la ville comme à la campagne) et qui sont, d'après notre statistique de beaucoup les plus fréquentes (73 % des cas de rhino-trachéo-bronchite).

Nous les trouvons en effet surtout commandées par la période hivernale, leur apparition coïncidant surtout avec les variations hygrométriques, thermométriques et parfois barométriques (brouillard, temps de neige, refroidissement, pluie).

D'ailleurs dans 65 % de cette catégorie d'observations, nous notons une transformation progressive de l'allergie primitive, cessant d'être spécifique pour devenir polyvalente.

L'asthme des foins devient un asthme banal.

Telles sont ces rhino-trachéo bronchites-anaphylactiques descendantes asthmatogènes, décrites par André Jacquelin et Georges Bonnet.

2° Dans une autre catégorie de faits moins nombreux (20 % de nos cas) il existe une affection des voies respiratoires que l'on pourrait étiqueter pour faire bien

saisir notre pensée, *les rhinopathies, les bronchopathies et les pneumopathies.*

A ce groupe de faits appartiennent :

a) Les causes nasales qui distinguées des coryzas spasmodiques déjà étudiés et qui font partie de la maladie asthmatique elle-même sont de l'ordre des polypes, déviations de la cloison, etc. ;

b) « Les congestions pulmonaires ». Les pneumonies, les broncho-pneumonies, les infections saisonnières dites grippales ;

c) Les gaz de combat ;

d) La tuberculose (dans 23 % des cas).

Au sujet de cette dernière cause une difficulté très grande existe pour apprécier sa fréquence réelle, puisqu'une infection tuberculeuse discrète est la règle chez l'adulte de nos grandes villes. Aussi n'avons-nous retenu que les cas dans lesquels existaient soit une manifestation antécédante nettement tuberculeuse (pleurésie sérofibrineuse, hémoptysie, poussées évolutives avec bacilles de Koch) ou bien des stigmates cliniques et radiologiques d'infection tuberculeuse indiscutable (opacité apicale, symphyse pleurale, sclérose pulmonaire nette).

De plus un point intéressant mérite d'être signalé dans ces cas d'asthmes succédant à une pneumopathie aiguë, c'est le temps de préparation asthmatique presque toujours assez long (de quelques semaines à quelques mois). Enfin ce mode de début infectieux commande d'une part une allure surtout bronchique de l'asthme consécutif ; les crachats y sont plus abon-

dants, plus purulents, plus infectés ; d'autre part des indications thérapeutiques (emploi de vaccins), auto-vaccins, stock-vaccins après les pneumopathies aiguës ; sels d'or à petites doses ou traitements tuberculiniques de l'asthme dans la tuberculose fibreuse).

B. — Dans des cas plus rares le mode de début nous indique une perturbation récente et prépondérante de la vie génitale (ménopause physiologique ou artificielle).

C. — D'autres fois l'asthme succède à un syndrome hépatique (cholécystite, ictère).

D. — Enfin dans des cas nombreux existe un cumul de conditions étiologiques déclenchantes où l'on voit s'associer ou se succéder pour provoquer l'asthme : un épisode infectieux saisonnier, une épine tuberculeuse, une perturbation endocrinienne.

On saisit, d'après ce qui précède, l'intérêt pathogénique, pronostique et thérapeutique de cette étude d'ensemble des modes de début de l'asthme.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Asthme

ADAM, JAMES. — Asthma and its radical treatment (G. V. Mosby Co, St Louis 1926).

ANDRE. — Le R. O. C. ; ce qu'on peut lui demander, ce qu'il montre chez les asthmatiques (*Pratique Méd. franç.*, n° 6 bis, juin 1927).

RAY M. BALLYEAT — Reflex itching in asthma (*Journ. of. the Amer. Med Assoc.*, n° 11, March. 16, 1927, p. 873).

BEAL. — Guérit-on mieux l'asthme qu'autrefois (*Praticien du Nord de l'Afrique*, 15 avril 1930, n° 17).

BENSCH. — Erreurs dans l'appréciation du déracinement de l'asthmatique (*Münch. Med. Woch.*, 25 février 1927, p. 324 25)

J. BERGE. — Mon asthme (Etude clinique) (*Le Bull. médical*, n° 37, 38, 39, septembre 1926, p. 1013, 1063).

BERNARD. — Asthme et saignée (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 13 juillet 1928).

BEZANÇON. — Estudio esquematico de la crisis de asma (*Archivos Medicos Fr. Hisp. Amer.*, n° 6, juin 1928).

F. BEZANÇON et E. BERNARD. — Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertains (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 14 décembre 1928).

BEZANÇON. — Les parentés morbides de l'asthme (*Concours méd.*, 3 juin 1928, p. 1668).

BEZANÇON et DEJONG. — Les équivalents de l'asthme (*Presse es Therm. et Clim.*, 1^{er} décembre 1927, janvier février 1928)

FRANZ BIALOKUR. — Los estados asmaticos consecuencias le janas de la infeccion tuberculosa (*Revista Méd. Gallega* n° 1, Enero 1929, p. 12)

BENZO F. E. — Asthme, adénopathie trachéo bronchique et tuberculose chez les enfants (*Thèse Paris*, 1927, n° 517).

BURCHARDT — Rapport entre l'asthme et le temps (*Schweiz. Med. Woch.* n° 7, 8 février 1930, p. 149).

BURTON HASELTINE. — The essential nature of asthma (*Med. Journ. and Record*, novembre 1929).

A. J. D. CAMERON. — Toxicosis as a basic factor in asthma (*Medic. Journ. and Record*, novembre 1929, p. 585).

CIANCO. — Coqueluche et asthme (Brasil Medico, 14 mai 1927, n° 20, p. 474 — *Policlínico*, 18 juillet 1927, p. 1034).

CLAUDE et SIMONIN. — La respiration de l'asthmatique qui est en crise (*Presse méd.*, n° 64, 11 août 1926, p. 1011).

CLIFFORD MITCHELL. — Urinalysis in its relation of the toxic basis of asthma (*Medic. Journ. and Record*, novembre 1929, p. 571).

COELST. — A propos de l'asthme en rhinologie (*Rev. med. de Louvain*, novembre 1926).

COHEN M. B. — Prophylaxis and treatment of hay-fever and asthma by means of pollen filters (*Clin. med. et Surg.*, XXXIV, 1927, avril p. 276-78).

COKE. — Compte-rendu de 1000 cas d'asthme (*Brit. med. Journ.*, 28 mai 1927, p. 955-56).

COLLINS — The nature of asthma (*The med. Journ. of Australie*, 1^{er} février 1930, p. 147).

CORDIER. — Technique des cuti-réactions d'épreuve au cours de l'asthme (*Soc. de Méd. des Hôp. de Lyon*, 19 janvier).

DAVID PERK. — A case of Asthma (*Lancet*, novembre 1927, p. 1073).

DESCHAMPS. — Asthme accompagné d'équivalents périphériques (*Gaz. méd. de Picardie*, juillet 1928, p. 339).

DETWEILER. — Asthma : its diagnostis and traetment (*Canadian Medic. Ass. Journ.*, June 1927, n° 6, p. 661).

EDITH DERRICK. — Notes on the causes of Hay fever and asthma (*Australia*, octobre 26, 1929, p. 603).

EDITORIAL. — L'asthme essentiel (*Journ. des Praticiens*, 4 juin 1927, p. 381).

EDITORIAL. — Asthme et allergie (*Journ. Amer. med. Ass.*, 6 août 1927, p. 452).

DAVID L. ENGELSHER. — The Importance of Complete Skin Tests in Asthma (*Med. Journ. and Report*, vol. CXXXI, n° 5, 5 March 1930, p. 246-47).

FEINBUZ. — Diagnostic non spécifique de l'asthme allergique (*Ann. Clin med.*, juin 1927, p. 1129).

KARL D. FIGLEY and ROBERT H. EBROD. — Endemic Asthma due to castor bean dust (*Journ. of. the Amer. Med. Ass.*, vol. 90, n° 2, janvier 14, 1928, p. 79).

FIGLEY. — Asthme dû aux éphémères (*Amer. Journ. Med. Sc.* septembre 1929).

FINEMAN. — Etude du degré de sensibilité des asthmatiques aux divers atopans (*Journ. Immun.*, septembre 1926, p. 191-205).

H. HAROLD GELFAND. — An ideal Asthma Clinic (*Med. Journ. and Record*, vol. CXXX, n° 8, 16 cetobre 1929, p. 469-471).

GOEBELL. — Sur les opérations pour asthme (*Zentr. f. Chirurgie*, t. IV, n° 47, 24 novembre 1928, p. 2951-59).

GRAY. — Asthme (*Wisconsin Med. Journ.*, mai 1927, p. 248).

GRIMM. — L'Asthme (*Mühc. Med, Woch*, 13 août 1926, p. 1371-72).

A. HAIBE — Les nouveaux horizons del'asthme (*Bruxelles méd.*, n° 9, 30 décembre 1928, p. 250).

HAILLION. — La physiologie pathologique de l'accès d'asthme (*Rev, Prat. de Biol. Appl.*, novembre 1929, p. 321).

KARL HANSEN. — Allergic and psychical factors in asthma (*Proc. of the Royal Soc. of Med.*, n° 6, avril 1929, p. 789).

F. HARRINGTON. — Diet in asthma (*American Medicine*, février 1928, p. 133).

HENDERSON'S. — Asthma and related diseases (*Lancet*, London, 22 décembre 1928, p. 1306).

HOFBAEUR. — Mode d'apparition et prophylaxie de l'asthme (*Klin Woch.*, 23 juillet 1926, p. 1366-69).

HOPKINS BERNHAM et KESTEN — Asthme dû à un champion (The Amer. Journ. Ass., n° 1, janvier 1930).

JACQUELIN. — L'asthme et ses parentés morbides (*La Médecine*, n° 8, mai 1927).

JACQUELIN. — Sur le diagnostic et les rapports pathogéniques de l'asthme vrai et des dyspnées asthmatiformes (*La Vie méd.*, n° 22, 25 novembre 1929, p. 1183).

JAMES ADAM. — Asthma a toxemia (*Medic. Journ. and Record.*, novembre 1929, p. 583).

JERAMEC (Mme). — Les cuti-réactions dans l'asthme (*Thèse de Paris*, 1926).

KERN. — Section of the left vagus for relief of asthma (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1926, XLII, 28).

M. K. EL KHOLEY. — The Mental factor in bronchial asthma (*Lancet*, octobre 12, 1929, p. 767).

KREITMAIR H. — Die Wirkung von Ephedrin Merk auf den experimentell erzeugten asthmatischen Anfall (*Klin Woch.*, V, 1926, 17 décembre, p. 2403-2404).

KURT TIEPENSEE. — La répartition régionale de l'asthme en Prusse orientale (*Deutsch. Archiv. f. Klin. med.*, t. CLV, n° 5-6, juin 1927).

LAIGNEL-LAVASTINE et BERNAL — Pendaïson d'un asthmatique sevré brusquement dans l'usage de l'évâtmine (*Soc. méd. des Hôpitaux*, séance du 24 janvier 1930 et *Gaz. des Hôp.*, n° 13, 12 février 1930).

GEORGE B LAKE. — A brief history of asthma (*Med. Journ. and Record*, novembre 1929).

LIACRE. — Asthme et climat (*Presse méd.*, 13 novembre 1926, p. 1436).

LONG. — Alternance de l'asthme et de l'arthrite (*Lancet*, 20 août 1927, p. 413).

M. E. Mac DERMOT. — Subcutaneous emphysema in asthma (*Canadian Med. Ass. Journ.*, vol. XXI, décembre 1929, n° 6, p. 708).

H. E. Mac DERMOT. — Sudden death from pulmonary intra alveolar haemorrhage in a case of asthma associated with pneumonia (*Canadian med. Ass. Journ.*, V. XXII, April 1930, n° 4, p. 533).

MAGNIEL. — Crises d'asthme et arythmie complète paroxystique (*Les Sc. méd.*, 1926, p. 59).

MONGORGE. — Quelques considérations sur l'asthme (*Umflu*, mai 1926).

Mc GINNIS. — Asthma from the standpoint of the rhinologist (*Journ. of the M. A. M. A.*, n° 12, september 17, 1927).

NICHOLSON. — Asthma (*Canadian Med. Ass. Journ.*, août 1928, p. 171).

E. S. O'KEEFE et F. M. RACKEMANN. — Etudes dans l'asthme VI : eczéma, ses rapports avec l'allergie (*Journ. Am. Med. Ass.* 16 mars 1929, p. 881-87).

EDWARD S. O'KEEFE and FRANCIS M. RACKEMANN. — Studies in asthma (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, n° 11, march 16, 1929, p. 883).

ORTENAU. — Traitement de l'asthme au Bad-Reichenhall (*Mediz Welt*, 7 mai 1927, n° 74).

PAGNIEZ. — Asthme, climat et habitation (*Presse méd.*, 31 juillet 1926, p. 96-97).

PASTEUR-VALLERY-RADOT. — La toux spasmodique équivalent de l'asthme (*Presse méd.*, n° 88, 3 novembre 1928, p. 1393).

PATTERSON. — Asthme et l'ion calcium (*New York State Journ. med.*, 1^{er} août 1926, p. 601-665).

PERPERE, NATIER LEO et SEDILLOT. — A propos de l'asthme (*Soc. méd. des Hôpitaux*, Paris 1926, n° 16, p. 561).

R. RENDU. — Asthme et polypes nasaux (*Soc. méd. et Sc. méd. de Lyon*, 28 avril 1926).

R. RESA. Como puedo hacerse el diagnostico diferencial entre el asma cardiaco y otras formas de asma (*Bol. Bibliographia Med. Chir.*, 1° de Febrero de 1930, n° 55, p. 29).

ROBERT P. — Sur un cas d'asthme émotif (*Ann. Soc. d'Hydrolog. et de Climat. méd. de Paris*, LXIX, 1927-28, n° 3, p. 99).

J. H. SCHULTZ. — Asthma als psychotherapeutisches Problem (*Zentr. für Inn. Medizin.*, n° 15, 13 avril 1929, p. 344).

SEDILLOT. — Crise d'asthme : 4 piqûres d'adrénaline : urémie mortelle (*Soc. de Méd. de Paris*, 12 mars 1926).

SEDILLOT. — A propos de l'asthme (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1926, p. 453-55).

SEDILLOT. — Influence sur l'asthme des variations du champ électrique atmosphérique (Présentation de la malade) (*Soc. de Méd. de Paris*, 12 et 27 novembre 1926).

SEDILLOT. — L'asthme (1 vol. *Arnette*, éditeur, Paris 1926).

SEDILLOT. — L'asthme (*Le Concours médical*, 26 décembre 1926, p. 148).

SEDILLOT. — Asthme (*Soc. de Méd. de Paris*, n° 3, 11 février 1927, p. 93).

SEDILLOT. — Deux cas rares (et en apparence opposée) d'insuffisance fonctionnelle du foie (?) chez des asthmatiques (*Journ. des Praticiens*, 19 février 1927, p. 117-121).

SEGARD. — Les quatre points cardinaux de l'asthme et de sa thérapeutique (*L'Hôpital*, avril et septembre 1926, p. 212-214).

SEGARD. — Aphorisme anti-asthmaticque (*Concours méd.*, 26 décembre 1926, p. 766).

SERGEANT et KOURILSKY. — Asthme ; périlobulite et ultravirus tuberculeux (*Presse méd.*, 5 février 1930).

SILVESTRE. — Quelques aphorismes sur l'asthme (*Gaz. Méd. de France*, 15 juin 1928).

SIRANCE. — Les cutiréactions dans l'asthme (*Thèse de Paris*, 28 juin 1926).

STEPHEN WENT. — Etude de l'asthme ; la circulation pulmonaire du cobaye pendant le choc anaphylactique (*Journ. of Exp. Med.*, vol. 49, n° 1 ; janvier 1929).

A. STERLING. — The relation of asthma to nose and throat Surgery (*Med. Journ. et Record*, New-York, 2 mars 1927, p. 336).

Louis STERNBERG. — A case of asthma caused by the Cimex Lectularius (Un cas d'asthme causé par les punaises (*Med. Journ. of Record*, n° 11, June 5, 1929, p. 622).

Charles SUTHERLAND. — Asthma : some aspects of our present knowledge (*Medical Journ. of Australia*, n° 24, december 15, 1928, p. 744).

THACKER NEVILLE. — L'asthme avec sinusite maxillaire et un sinus accessoire surnuméraire sain (*Brit. med. Journ.*, 12 février 1927, p. 277 78).

Narcisse THIBERGE. — Allergic reaction in hay fever and asthma (*New Orleans Medic. and Surg. Journ.*, vol. 82, March 1930, n° 9, p. 568-573).

THURSFIELD. — Asthme thymique (*Canad. M. Assoc. Journ.* mars 1929, p. 239-242).

Pierre TOLET. — Et moi aussi mon asthme (*Le Bulletin médical*, 23 avril 1927, n° 17, p. 465).

VAN LEEUWEN. — Climat et asthme (*Schweitz med. Woch.*, 24 juillet 1926, p. 705 07).

H. VIGNES. — Asthme et gestation (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} février 1930, n° 3 (*Revista de Gyneco. e d'Obst.*, n° 8, Agosto de 1929, p. 307).

GERARDO DE VILLEGAS. — La ipercolesterinemia en el asma (*Revista med. de Malaga*, Año IX, octubre 1929, n° 61. 2° Epoca, p. 1783-85).

VITON Y CRUCIANI. — Asma. Interpretacion actual. Clasificacion. Diagnostico Tratamiento (*Prensa med. Argentina*, 10 de décembre 1928, n° 19, p. 837).

JUAN JOSE VITON Y JULIO A. CRUCIANI. — Asma (*Rev. del Circulo medic. Argent y Centro Estudiantes de Med.*, n° 325, septembre de 1928, p. 1918).

VON ERNST, VON ROMBERG. — Ueber kardiales und zerebrales Asthma (*Wiener med. Woch.*, 8 mars 1930, p. 361).

ZICKGRAFF. — Asthme et silice (*Münch. med. Woch.*, 3 septembre 1926, p. 1477-1478).

X... — Asma (*Revista med. Latino Americana*, septembre et octobre 1927).

X... — L'asthme (*Nouvelles méd. de Paris*, n° 6, juin-juillet 1928, p. 223).

Asthme bronchique

ASCOLI et FAGIOLI. — Irradiation de l'hypophyse dans l'asthme bronchique (*Riforma medica*, 20 juillet 1920).

P. BARBIER. — Hypotension et asthme bronchique (*Paris médical*, 22 mars 1930, n° 12, p. 273).

BAERTHLEIN. — Asthme bronchique (*Wien. Klin. Woch.*, 7 juillet 1927, p. 899).

BALTACEANU. — Tratatamentul astmului bronhic (*România medicala*, n° 7, 1 Aprilie 1929, p. 76).

BARTH E. — Zur Behandlung des Asthma bronchiale mit « Pneumarol » (*Deuts. Mediz. Woch.*, LIII, 1927, 11 mars, p. 452).

GIUSEPPE BELLONI. — L'asma bronchiale nell'infanzia (*Le Medicina Ital.*, n° 2, Febbraio 1929, p. 85).

BERASIU C. — Asthmosedine dans le traitement de l'asthme bronchique (*Clujul med.*, 1^{er} mars 1929, p. 121-27).

BISHOP. — Etude rhinologique de l'asthme bronchique (*Annal. Otol. Rhinol. Laryngol.*, juin 1927, p. 410).

BOCH. — Traitement de l'asthme bronchique par l'iodure de sodium (*Colorado med.*, septembre 26, p. 310-314).

BOLSCHAKOWA M. — La roentgenothérapie dans l'asthme bronchique (*Ann. de Roentgenol.*, II, 1927, p. 240-47).

BREDNOW. — Etude de la chaux du sérum dans l'asthme bronchique (*Wien. Arch. f. Inn. med.*, 20 mai 1927, p. 257-273).

BREMS. — Surrénaline dans l'hypertonie et l'asthme bronchique (*Acta medica Scandinav.*, 13 octobre 1926, p. 546-70).

BREMS. — Pathogénie et thérapie de l'asthme bronchique (*Ugeskr. f. Laeger*, 7 octobre 1926, p. 901-10).

BROWN. — Manière de prendre l'observation de l'asthme bronchique (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 28 mai 1929, p. 1693).

BURTON HASELTINE. — Bronchial asthma. A report of progress (*Amer. med.*, septembre 1927, p. 545).

CHENISSE L. — Tuberculin therapy in bronchial asthma (*Presse médicale*, 32-37, janvier 12, 1924).

CLARKE. — Asthme bronchique : phénomène d'hypersensibilité (*Atlantic Med. Journ.*, février 1927, p. 285).

CLIVIO. — Asthme bronchique à la suite de plaies centrales (*Cervello*, décembre 1926, p. 365-73).

DEHNER. — Anatomie pathologique de l'asthme bronchique (*Klin. Woch.*, 23 juillet 1927, p. 1412).

EIMAN. — Studies in the etiology of Bronchial asthma (*Journ. of the Med. A. M. A.*, n° 12, septembre 17, 1927).

ERCOLE TRANQUILLI. — Nell' Asma Bronchiale (*Gaz. Medica di Roma*, an. LIII, Aprile 1927, n° 4).

FERRARI. — Un cas d'asthme bronchique avec insuffisance endocrin. (*Labor. et Clin.*, 1^{er} mars 1924).

GASSNER. — Inhalation de bronchovodyrine contre les crises d'asthme bronchique (*Med. Welt.*, 18 juin 1927, n° 20).

GENKIN et OWTSCHINSKI. — Pathogénie de l'asthme bronchique (*Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, mars 1929, p. 319-27).

GIBSON. -- Asthme bronchique ou asthme fibrotique (*West. Med. Tunis*, janvier 1927, p. 196-7).

GINDE. — Traitement de l'asthme bronchique par l'Yatren (*Vratch. Delo*, 1^{er} octobre 1926, p. 1514-16).

GRAFTON TYLER BROWN. — History Taking in Bronchial asthma (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, n° 22, vol. 88, May 1927, p. 1693).

GROSSFELD. — L'asthme bronchique et le problème de la corrélation entre l'anaphylaxie et l'immunité tuberculeuse (*Presse Médicale*, n° 74, 14 septembre 1927).

GROSSFELD. — L'origine bactérienne de l'asthme bronchique et sur une relation entre l'anaphylaxie et l'immunité tuberculeuse chez l'homme (*Wien. Arch. f. Inn Med.*, t. XIII, f. 1, p. 117).

GUTMANN. — Les méthodes de traitement physique de l'asthme bronchique (*Immunität. Allergie und Infektion Frankheit*, t. II, n° 3, p. 76).

HAIBE. — Pathogénie et traitement de l'asthme bronchique (*Scalpel*, 18 juin 1927, n° 25, 24 juin 1927, n° 26).

HAIBE. — Pathogénie et traitement de l'asthme bronchique (*Académie Royale de Méd. de Belgique*, 26 mai 1928).

HAIBE. — Pathogénie et traitement de l'asthme bronchique (*Soc. Clin. Hôp. de Bruxelles*, 25 mai 1929) (*Bruxelles Medical* n° 32, 9 juin 1929, p. 924).

HANS HAUS-HAUSEN. — Zur medikamentösen Therapie des Asthma bronchiale (*Wien. Med. Woch.*, 19 juli 1930, p. 1000).

HANSEN. — Analyse indication et limite de la psychothérapie dans l'asthme bronchique (*Deutsch. Med. Woch.*, 26 août 1927, p. 1462).

HARRY, ALESANDER, WILLIAM, KOUNTZ. — The effects on the heart of longstanding bronchial asthma (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, n° 12, March. 1927).

HENNING. — Erfahrungen mit Ephetonin bei Asthma bronchiale, Emphysem-bronchitis, chronischer Bronchitis und bei der Begleitbronchitis der Tuberkulösen (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1928, Bd. 69, H. 5).

HERMANN. — Traitement de l'asthme bronchique (*Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.*, 26 février 1927, p. 1022-43).

JANKOWSKI. — Symptomatologie et thérapie de l'asthme bronchique (*Polska Gaz. Lek.*, 7 avril 1929).

HANS JANUSCHKE. — Cardiazol bei asthma bronchiale und Bronchitis (*Wien Med. Woch.*, n° 45, novembre 1928).

JAPPELLI. — L'étiologie déterminée dans le diagnostic de l'asthme bronchique (*Riforma medica*, 1^{er} août 1927, p. 738).

JINDRA. — Contribution au traitement de l'asthme bronchique (*V^e Cong. de la Soc. Tchécoslovaque, d'Otolaryngologie*, tenu à Prague le 6 et 6 juin 1926).

JOBSON. — Specimen of bone flake causing « asthmatoïd Wheeze » extracted from the entrance to the Left Bronchus (*Proc. of the Royal Soc. of med.*, n° 6, April 1929, p. 788).

KABANOV. — Pathogénie de l'asthme bronchique (*Vratch. Delo*, 1^{er} juillet 1927, p. 889).

KAHN M. H. — Present status of curability of bronchial asthma; replies to questionnaire (*Arch. of Intern. med.*, XXXIX, 1927, mai, p. 621-635).

KAHN. — Emphysème sous cutané dans un cas d'asthme bronchique (*Journ. Amer. med. Ass.*, 11 juin 1927, p. 1883).

KOGAN-JASNY V. M. et ABRAMOWITSCH T. — Die Roengenbehandlung des Asthma bronchiale Vorläufige Mitteilung (*Strahlentherapie*, XXIV, 1926, p. 336-342).

KROLL. — Opération dans l'asthme bronchique (*Zeitschr. f. Chir.*, 23 juillet 1927, p. 1185).

KUEMMELL H. — Der heutige Stand der chirurgischen Behandlung des Asthma bronchiale (*Therapie der Gegenwart*, LXVIII, 1927, janvier p. 15-19).

KUH. — A Successful Method of intrabronchial treatment in Asthma Bronchitis and Allied Affections (*Med. Journ. and Record*, novembre 1927).

LEPORE. — Sur la pathogénie et le traitement de l'asthme bronchique (*Pensiero med.*, 30 juin 1926).

LEOPOLD et PETTEROLF. — Affection des voies respiratoires supérieures en relation avec l'étiologie et le traitement de l'asthme bronchique (*Atlantic M. J.*, février 1927, p. 236-90).

LEWISON. — Asthme bronchique. Sa relation avec la tuberculose pulmonaire (*Illinois Med. Journ.*, janvier 1927, p. 73-76).

L. F. LÆR. — Traitement de l'asthme bronchique avec peptone de Witte (*Zeitschr. f. Klin. Med.*, 12 mars 1929, p. 184-95).

W. T. Mc BROOM M. D. — Blood transfusion in the treatment of bronchial asthma (*The Canadian Med. Ass.*, Toronto, vol. XVII, April 1927, n° 4).

MATTHES M. — Ueber das asthma bronchiale (Wien. Med. Woch. n° 4, 19 Jänner 1929, p. 107). Wien. Med. Woch. n° 5, 26 Jänner 1929, p. 148). Wien. Med. Woch., n° 6, 2 Februar 1929, p. 181). (*Wien, Med. Woch.*, n° 7, p. 214).

M. MATTHES. — Concerning Bronchial Asthma (*Wien. Med. Woch.*, 79 : 214, 1929).

MAYER. — Crisis de sama por bronquitis tuberculosa en un viejo (*Medicina Argentina*, Mayo 1929).

MENAGH. — Résultats du traitement de l'asthme bronchique (*Ann. Clin. Med.*, janvier 1927, p. 656-663).

MINET et HAYEM. — Asthme à pathogénie complexe à la fois catarrhal et péricarditique (*Rev. Med. Chir. Hôp de Lille*, décembre 1926).

MULLIN. — Aspects rhinologiques de l'asthme bronchique (*Radiology*, juin 1927, p. 482-88).

MUSZKAT. — Principes thérapeutiques dans l'asthme bronchique (*Klin. Woch.*, 9 juillet 1926, p. 1283-85).

C. OEHME et H. PAAL. — Recherches sur la réaction de Reid Hunt surtout dans l'asthme bronchique (*Med. Klin.*, t. XXVI, n° 13, 28 mars 1930, p. 109).

OSTERGAARD. — Traitement à la tuberculine de l'asthme bronchique (*Ugeskr. f. Laeger*, 13 janvier 1927, p. 24-30).

OSWALDO PALHARES. — Do tratamento da asthma bronchica (*Imprensa Medica*, 20 de Maio 1929).

PASTEUR VALERY-RADOT et CLAUDE. — Méthodes nouvelles

de traitement de l'asthme bronchique (*Arch. Méd. Chir. de l'Ap. Resp.* décembre 1928).

M. PEHU et J. VALIN. — L'état actuel du problème de l'asthme bronchique essentiel (*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 octobre 1930).

PESHKIN. — L'asthme bronchial et autres manifestations allergiques chez les pharmaciens (*Journ. Amer. Med. Assoc.* LXXXII, 7 juin 1924, p. 1854).

RACKEMANN et D. S. KING. — The etiology of Bronchial Asthma (*Boston Med. and Surg. Journ.* 19 août 1926, p. 347).

RAMIREZ et SAINT-GEORGE. — Présence de syphilis au cours d'un asthme bronchique (*Amer. Journ. Syph.*, janvier 1927, p. 59-65).

M. RAMIREZ et SAINT-GEORGE. — The bronchoscopic treatment of bronchial asthma (*Med. Journ. et Record*, 2 mars 1927, p. 327).

RUDOLF RASPE. — Sobre epilepsias por hiperventilacion en el asma bronquial (*La Actual. Medica*, Julio 1930).

RISCHWAY — Traitement de l'asthme bronchique (*Med. Klin.*, 25 février 1927, p. 274-75).

RUHNSTRUCK — Traitement de l'asthme bronchique dans la chambre non allergisante ou par désensibilisation (*Med. Klin.*, t. XXVI, n° 37, 4 juillet 1930, p. 998).

SAMSON. — Nouveaux progrès concernant l'asthme bronchique (*Zeits. f. Tuberk.*, septembre 1926, p. 616).

N. S. SCHIFF. — Proper management of allergic phenomena. Nonspecific therapy in bronchial asthma and hay-fever (*Ann. of Clinical Medicine*, Baltimore, octobre 1926, p. 374).

A. SCHILCHER. — Pathogénie et prophylaxie de l'asthme bronchique (*Med. Klin.*, 8 mars 1929, p. 387-89).

E. SCHILCHER. — Pathogénie de l'asthme bronchique : prophylaxie de cette maladie (*Med. Klin.*, 15 mars 1929, p. 429-31).

SONNE. — Recherches sur le diamètre relatif des bron-

chioles lorsque varie l'expansion des poumons. A propos de la pathogénie de l'asthme (*Presse médicale*, 24 mai 1926)

SPOUJITCH. — Un cas d'asthme bronchique avec l'équivalent abdominal (*Presse médicale*, n° 74, 14 septembre 1927).

E. STEINFELD. — Bronchial asthma with multiple etiologic factors (*Med. Journ. et Record*, N. York, 2 mars 1927, p. 334).

STORM VON LEEUWEN. — Ueber Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale (*Münch. Med. Woch.*, LXXIII, 1926, p. 305).

STORM VON LEEUWEN. — Considérations sur la pathogénie et la thérapeutique de l'asthme bronchique (*Münch. Med. Woch.*, t. LXXIII, n° 15, 9 avril 1926).

SUAREZ. — Asthme, fièvre des foin et autres maladies allergiques à Rorto-Rico (*Porto-Rico Med. Ass.*, mai 1927, t. XXI, p. 29).

TERRIEN. — Le diagnostic de l'asthme et de la broncho-pneumonie dans le premier âge (broncho-pneumonie à type d'asthme, asthme à type de broncho-pneumonie) (*Journ. des Praticiens*, 3 décembre 1927, p. 818).

THIEFFENSEE. — La répartition régionale de l'asthme bronchique en Prusse Orientale (*Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, juin 1927, p. 276).

THORWAL. — Polypes du nez, ethmoidite hyperplastique, asthme bronchique (*Ugesk. f. Laeg.*, 28 juillet 1927, p. 689).

K. TIEFFENSEE. — Recherches sur l'équilibre acide-base dans l'asthme bronchique (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, n° 5 et 6, novembre 1929).

TRIVINO. — Les injections de chlorure de calcium dans le traitement de l'asthme bronchique (*Acad. Med. Quirurgica*, 26 janvier 1925).

L. UNGER. — Progrès récents dans l'étude de l'asthme bronchique (*Illinois Med. Journ.*, avril 1929, p. 283 86).

VOELCKER. — Traitement de l'asthme bronchique par la

résection paravertébrale cunéiforme (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. CXLVIII, p. 522-27).

VON GORDON L. — The nature and pathogenesis of bronchial asthma and its relation to hay fever and to other diseases (*Schweiz. Med. Woch.*, 3 : 1132, décembre 6, 1925).

WIECHMANN et PAAL. — Sur les variations annuelles de l'asthme bronchique (*Münch. Med. Woch.*, 29 octobre 1926, p. 1827-29).

WITTKOWER E et PETOW H. — Beiträge zur Klinik des Asthma bronchiale und verwandter zustände ; Klinische Erfahrungen (*Zeits. f. Klin. Med.* CIV, 1926, p. 573-84).

WRIGHT. — Death from bronchial asthma (*Journ. of. Amer. Med. Ass.*, April 1930).

X... — L'asthme bronchique et son traitement manuel (*Auxiliaire médical*, novembre 1928).

X... — O syndroma asthma e o seu valor clinico a asthma bronchica como expressao de uma infecção bacteriotherapie de asthma infecciosa (*Labor. Olin.*, mai-juin 1928, n° 45).

—
1933. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC
—

